جامعة دمشق
كلية الاقتصاد
الدراسات العليا
قسم إدارة الأعمال

استخدام السياسات التسويقية

في زيادة رضا عملاء المنظمات الخدمية

" دراسة تطبيقية على المستشفيات الخاصة في دمشق و ديرالزور"

رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير في إدارة الأعمال من جامعة دمشق

إعداد الطالب
خالد وليد الهايس

بإشراف
الدكتور محمد خالد الجاسم
استاذ مساعد في قسم إدارة الأعمال
كلية الاقتصاد- جامعة دمشق

2011

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ 31 / 5 / 2011 م ، أمام لجنة المناقشة (الحكم)

من السادة التالية أسماؤهم:

الدكتور محمد جودت ناصر عضواً

أستاذ في قسم إدارة الأعمال – كلية الاقتصاد – جامعة دمشق

الدكتور محمد الجاسم عضواً ومشرفاً

أستاذ مساعد في قسم إدارة الأعمال – كلية الإقتصاد – جامعة دمشق

الدكتور سامر المصطفى عضواً

مدرس في قسم إدارة الأعمال – كلية الإقتصاد – جامعة دمشق

وأصبحت هذه الدراسة صالحة لمنح درجة الماجستير في إدارة الأعمال.

بسم الله الرحمن الرحيم

(وفوق كلِّ ذي علمٍ عليم)

صدق الله العظيم

قال رسول الله صلى الله عليه وسلم :

«العلماء ورثة الأنبياء ،إنهم لم يورِّثوا درهماً ولا ديناراً ، وإنما ورثوا العلمَ ،فمن أَخَذَ بهِ فقد أَخَذَ بحظٍّ وافر»

وقال لقمان الحكيم : « يا بنيَّ جالس العلماء وزاحمهم بركبتيك ، فإنَّ اللهَ يحيي القلوب بنور الحكمة، كما يحيي الأرضَ بوابلِ المطر»

وقال الإمام عليّ كرّم الله وجهه:

«مَنْ كساه العلم ثوبَهُ ، اختفى عن النَّاسِ عيبُهُ»

وقال ابن حزم :

«يستحيل أن يدرك عاقل الأشياء على حقائقها ، إلا إذا جرد نفسه من الأهواء»

بسم الله الرحمن الرحيم

شهادة

نشهد بان العمل المقدم في هذه الرسالة هو نتيجة بحث علمي قام به المرشح خالد وليد الهايس بإشراف من الدكتور محمد خالد الجاسم الأستاذ المساعد في قسم إدارة الأعمال في كلية الاقتصاد – جامعة دمشق، وأن أي مراجع أخرى ذكرت في هذا العمل موثقة في نص هذه الرسالة.

المرشح	**المشرف**
خالد وليد الهايس	**الدكتور محمد خالد الجاسم**

تصريح

أصرح بأن هذا البحث استخدام السياسات التسويقية في زيادة رضا عملاء المنظمات الخدمية لم يسبق أن قبل للحصول على أية شهادة ولا هو مقدم حالياً للحصول على شهادات أخرى.

خالد وليد الهايس

كلمة شكر

(وأمّا بنعمة ربّك فحدّث)

و إنها لنعمة كبيرة أن يخصنا الله سبحانه بأسرة كريمة تجزل لنا العطاء وتفتح أمامنا أبواب الرجاء

(أسرتي الحبيبة)

وكم هو من دواعي الفخر أن نغترف من بحار العلم مسترشدين بفكر أساتذة نجلهم ونحترمهم

(أساتذتي الأفاضل)

و أليست عناية إلهية أن نبدأ مشوار الحياة ، وقد خطت الورود و الرياحين معالم طريقنا فأمدتنا بالأمل و التفاؤل

(أصدقائي المخلصين)

وبكل احترام وتقدير و إجلال و فخر أتقدم بالشكر و التقدير

(لجنة الحكم)

لكم جميعاً و بكل محبة أتقدم بخالص الشكر وعظيم الامتنان لما قدمتموه من مساندة كريمة ، وجهد صادق في سبيل انجاز هذا العمل

الملخص

هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف العلاقة بين السياسات التسويقية و رضا عملاء المنظمات الخدمية ، وكذلك استطلاع الإمكانية الفعلية لتطبيق هذه السياسات على المستشفيات الخاصة في كل من محافظة دمشق ودير الزور بشكل خاص وباقي المستشفيات الخاصة في الجمهورية العربية السورية بشكل عام.

ومن أجل تحقيق أهداف الدراسة واختبار فرضياتها ، فقد تم تطوير استبيان خاص بجمع البيانات من عينة الدراسة التي بلغ عدد أفرادها (600) مقدم للخدمة و (300) مستفيد من الخدمة ، موزعين على (10) مستشفيات في دمشق و (5) مستشفيات في دير الزور ،بالإضافة إلى العيادات الخاصة ، وقد بلغ عدد الاستبيانات الخاضعة للتحليل (564) استبيان . شكلت ما نسبته (94%)من إجمالي مقدمي الخدمة ، و(271) استبيان ، شكلت ما نسبته (90.3%) من إجمالي استبيان المستفيد من الخدمة الصحية .

وباستخدام مقاييس الاختبارات الإحصائية في النظام الإحصائي (SPSS) توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج أهمها ما يأتي :

1) إن تطبيق سياسة تطوير جودة الخدمة الصحية تؤثر تأثيراً طردياً ايجابياً بزيادة رضا المستفيدين من الخدمة الصحية من وجهة نظر المستفيدين من الخدمة الصحية ، و من وجهة نظر مقدمي الخدمة الصحية .
2) إن تطبيق سياسة التسعير تؤثر تأثيراً طردياً ايجابياً بزيادة رضا المستفيدين من الخدمة الصحية من وجهة نظر المستفيدين من الخدمة الصحية ، ومن وجهة نظر مقدمي الخدمة الصحية .
3) إن تطبيق سياسة الإعلان و الترويج تؤثر تأثيراً طردياً ايجابياً ً بزيادة رضا المستفيدين من الخدمة الصحية من وجهة نظر المستفيدين من الخدمة الصحية ، و من وجهة نظر مقدمي الخدمة الصحية .

4) إن تطبيق سياسة التوزيع تؤثر تأثيراً طردياً ايجابياً ً بزيادة رضا المستفيدين من الخدمة الصحية من وجهة نظر المستفيدين من الخدمة الصحية ، و من وجهة نظر مقدمي الخدمة الصحية .

5) إن تطبيق سياسة التدريب و التحفيز تؤثر تأثيراً طردياً ايجابياً بزيادة رضا المستفيدين من الخدمة الصحية من وجهة نظر المستفيدين من الخدمة الصحية ، و من وجهة نظر مقدمي الخدمة الصحية .

6) إن تطبيق سياسة الدليل المادي تؤثر تأثيراً طردياً ايجابياً ً بزيادة رضا المستفيدين من الخدمة الصحية من وجهة نظر المستفيدين من الخدمة الصحية ، من وجهة نظر مقدمي الخدمة الصحية .

7) إن تطبيق سياسة عملية تقديم الخدمة الصحية تؤثر تأثيراً طردياً ايجابياً بزيادة رضا المستفيدين من الخدمة الصحية من وجهة نظر المستفيدين من الخدمة الصحية ، و من وجهة نظر مقدمي الخدمة الصحية .

وختاماً،فقد خلصت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات التي جرى استخلاصها في ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة

الكلمات المفتاحية : سياسات التسويق ، سياسة تطوير جودة الخدمة الصحية ، سياسة التسعير ، سياسة الإعلان والترويج ، سياسة التوزيع . سياسة التدريب والتحفيز . سياسة الدليل المادي ، سياسة عملية تقديم الخدمة ، رضا المستفيد من الخدمة الصحية .

قائمة المحتويات

قائمة الجداول

قائمة الأشكال

الفصل التمهيدي للدراسة

1- المقدمة

2- مشكلة الدراسة

3- أهمية الدراسة

4- أهداف الدراسة

5- الدراسات السابقة

6- خلاصة الدراسات السابقة

7- فرضيات الدراسة

8- نموذج الدراسة

9- منهجية الدراسة

10-محددات الدراسة

1 ـــ المقدمة :

يحتل قطاع الخدمات هذه الأيام مكانة بارزة في الاقتصاد الوطني ، فنحن لا ننتج ونستهلك خدمات أكثر من قبل وحسب ، إلا أن طريقة توفير هذه الخدمات إلى المستفيد من الخدمة في طور التغيير ، ومع مواجهة شركات الخدمات في القطاع الخاص مستويات قوية من المنافسة بشكل متزايد إذ يجب على منتجي الخدمات أن يكونوا واثقين بشكل كبير من أنهم ينتجون الخدمات الجيدة في أماكن الطلب عليها وفي الوقت الملائم وبالسعر المناسب ، وباختصار فإن التسويق ضمن قطاع الخدمات قد أصبح أكثر أهمية من أي وقت مضى ، فتسويق الخدمات يمكن أن يفهم عقلانياً على أنه تجميع المبادئ التسويقية وإدارة الموارد البشرية وإدارة العمليات .

فالخدمة تعرف على أنها نشاط أو منفعة غير ملموسة لا ينتج من الحصول عليها تملك أي شيء وقد يرتبط إنتاجها أولاً بسلعة ملموسة .

كما كان للتقدم العلمي المذهل في شتى المجالات بشكل عام وفي صناعة الخدمات بشكل خاص الأثر الكبير في دفع كثير من المنظمات الخدمية وأبرزها المشافي للتطلع نحو استخدام أحدث منتجات التكنولوجيا في تجهيز المشافي وإدارتها ، وكل ذلك لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة لإشباع حاجات وتطلعات المرضى . وهذا ما يبرز أهمية وجود إدارة خاصة في المشفى للتسويق تعمل على التعرف على حاجات وتطلعات جمهور المستفيدين ، وتوصيفها وتحديد خصائص المرضى وإجراء كافة الدراسات اللازمة من خلال السياسات التسويقية الملائمة في سبيل مواجهة المشكلات وإيجاد الحلول المناسبة لها .

وتعد دراسة رضا المستفيد من الخدمة الطريقة الرئيسة لتقييم المؤسسة المقدمة للخدمة الصحية عموماً وفي تحسين جودتها خصوصاً .

و المشفى يعد المحور التنظيمي لنظام الخدمات الصحية والمكان المؤدي لإيصال الخدمات الصحية للمريض وهذا ما يفرض عليها أن تكون في تطلع دائم نحو استخدام التكنولوجيا واستحواذ كل ما هو حديث ومتطور من أجل تقديم الخدمات الصحية إلى جمهور العملاء بما يشبع حاجاتهم ورغباتهم وتطلعاتهم ويكسب رضاهم .

بناء على ما تقدم رأى الباحث أن يكون موضوع الدراسة ومحورها السياسات التسويقية في المنظمات الخدمية ممثلة بالمشافي بهدف تعريف الطلاب والمهتمين بالأسس والاتجاهات الحديثة لإدارة التسويق من خلال التعرض إلى السياسات التسويقية الحديثة والاستراتيجيات المطبقة في هذا المجال في سبيل تحسين جودة الخدمة وزيادة رضا المستفيد من الخدمة ومقدمها .

2 ـــ مشكلة الدراسة :

استناداً إلى المؤشرات الأولية والتعرف على واقع المشافي الخاصة في سورية ، وأهدافها وأنشطتها فإن مشكلة الدراسة تتلخص في قصور السياسات التسويقية ، ومحدودية وعدم رؤية إستراتيجية واضحة المعالم ومتكاملة لتطوير الأداء على الرغم من أن هناك توسعاً واضحاً لقاعدة التسويق المحلي للسلع والخدمات السورية بالرغم من انخفاض جودتها وارتفاع أسعارها في بعض الأحيان .

وبناءً على ما تقدم يمكن صياغة مشكلة البحث من خلال طرح الأسئلة التالية :

1- ما مدى تأثير السياسات التسويقية في تصميم الخدمة المقدمة في المستشفيات الخاصة وجودتها .
2- ما مدى تأثير السياسات التسويقية على جذب العملاء في المستشفيات الخاصة .
3- هل تؤثر السياسات التسويقية على رضا مقدم الخدمة ورضا المستفيد من الخدمة (المرضى)

3 ــ أهمية الدراسة :

تعد سياسات التسويق في المشافي من المواضيع الهامة التي لم تلق الاهتمام الكافي من قبل الباحثين في قطاع المشافي في الدول العربية عامة وفي سورية خاصة .

وتكمن أهمية الدراسة بأنها تتوجه في أثر سياسات التسويق على تطوير العمل في المشفى وتحسين جودة الخدمة ورضا مقدم الخدمة والمستفيد منها وجذب عملاء جدد ، من خلال ربط هذه المتغيرات مع بعضها ودراستها بشكل متعمق للخروج بالنتائج التي قد تفيد منها المشافي من خلال تطبيقها واستناداً إلى ذلاك تستمد الدراسة أهميتها على النحو التالي :

أولاً: الأهمية النظرية للدراسة:

1- إثراء المعرفة الفكرية في مجال التسويق للخدمات الصحية
2- تسليط الضوء على السياسات التسويقية في المشافي ودراسة أساليب الأداء التسويقي وجمع المعلومات التسويقية .
3- ما تقدمه وتتوصل إليه الدراسة من نتائج وتوصيات .

ثانياً : الأهمية العملية : وتتمثل فيما يلي :

1- تقديم دراسة تفيد المستشفيات من خلال إيجاد الوسائل المناسبة لبناء علاقات ذات أمد طويل مع العملاء .
2- الوصول إلى نتائج وتوصيات في مجال السياسات التسويقية المتبعة في المشافي الخاصة مما يساهم في إمكانية تطبيق نتائج الدراسة والاستفادة منها في تحقيق رضا المستفيد من خدماتها .
3- تقديم اقتراحات لإجراء تحسينات مستمرة في نوعية الخدمات المقدمة للعملاء وفي البحث الحثيث عن خدمات جديدة تلبي حاجات العملاء .

4- أهداف الدراسة: تهدف الدراسة إلى تحقيق الأمور التالية :

أ- **التعريف بتسويق الخدمات الصحية .**

ب-توضيح السياسات التسويقية في المستشفيات الخاصة .

ت-توضيح الاستراتيجيات التسويقية للخدمات الصحية.

ث-توضيح رضا المستفيدين من الخدمة الصحية.

ج- التعرف على واقع تسويق الخدمات الصحية من خلال دراسة ميدانية تساعد في الوصول إلى نتائج ومقترحات محددة.

5 ــ الدراسات السابقة :

دراسة : **دعابسة ، خيرو ، 1995 م ، بعنوان** : " العلاقة ما بين رضا المريض وتوقعاته عن الخدمات الطبية المقدمة له : دراسة ميدانية في المركز الصريح الصحية ومركز جامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية في مدينة أربد "

تم دراسة 301 مريض بهدف تقييم العلاقة ما بين رضا المريض وتوقعاته عن الخدمات الطبية المقدمة له ، ثم تم وضعه في مجموعة واحدة لقياس توقعات المرضى وتم استخدام شريط فيديو حول علاقة الطبيب بالمريض مثل الخصوصية ، السرية ، الاحترام ، الاهتمام بشعور المريض ، شرح المشكلة الصحية ، شرح للإجراء الطبي وخطة العلاج ودقة الطبيب في فحص المريض . ولقياس رضاالمريض فقدتم توزيع استبيانات على المرضى عكست عدة جوانب للخدمات الصحية . أظهرت الدراسة أن المرضى الأصغر سناً والنساء والذين تلقوا عشر سنوات أو أكثر من التعليم وكذلك الذين زاروا المراكز الصحية لمرات عديدة كانوا الأعلى توقعاً عن بقية المرضى بينما لم يكن هناك وضوحاً لتأثير دخل العائلة على التوقعات . كذلك أظهرت الدراسة أن المرضى الأصغر سناً والمرضى الذين حصلوا على عشر سنوات أو أكثر من التعليم والمرضى الذين دخولهم الشهرية تعادل أو تزيد عن 250 في الشهر وكذلك الذين زاروا المراكز الصحية مرات قليلة كانوا الأقل رضا عن الخدمات الصحية بينما لم يكن هناك وضوحاً لتأثير عامل الجنس على رضا المرضى كذلك أظهرت الدراسة أن هناك علاقة عكسية ضعيفة بين توقعات المرضى ورضاهم عن الخدمات الصحية حيث كانت معامل ارتباط بيرسون تتراوح من 0.29 إلى 0.366 ولكنها دلت قيمة إحصائية عالية .

توحي الدراسة بضرورة عمل برامج تثقيفية للعاملين في قطاع الخدمات الصحية وللمرضى حول مفهوم العلاقات الجيدة بين المريض والطبيب وذلك باستخدام أشرطة فيديو .

ــ **دراسة العدوان ياسر ، عبد الحليم أحمد ، 1997م** ، بعنوان : العوامل والتغيرات المرتبطة على الخدمات المقدمة في المستشفيات – المصدر 319-303 (1) 13 **AL YARMOUK RESERCHY** الأردن .

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أهم العوامل والمتغيرات المرتبطة بالرضا عن الخدمات المقدمة في المستشفيات عند المرضى المقيمين فيها حيث تكون عينة الدراسة من 80 مريض مقيم في هذه المستشفيات بنوعيها العام والخاص في المملكة .

بينت الدراسة أن مستوى الرضا عن الخدمات يرتبط بعوامل أهمها عامل نظافة المستشفى نوع المستشفى ، وجود تأمين صحي ، اهتمام الطبيب أثناء العلاج ، طول فترة الانتظار بين الموعد

الفعلي ووقت العلاج كما وجد بأن معاملة موظفي المشفى لها ارتباط ايجابي بمستوى الرضا عن الخدمات وقد تبين من التحليل الإحصائي وتحليل الانحدار أن عاملي نوع المشفى ونظافة المشفى لهما أكبر الأثر في تحقيق الرضا حيث ساهما لوحدهما بشرح ما يزيد عن 38 % التباين في المتغير المعتمد .

كما وجد بأن عوامل التأمين الصحي ، ومعاملة موظفي المشفى واهتمام الطبيب أثناء العلاج تأتي بالمرتبة الثانية حيث وجد بأن هذه العوامل ساهمت بشرح ما نسبته 5 % من التباين .

ـ دراسة محمد خالد الجاسم ، 2004 بعنوان أثر الحوادث الحرجة في رضا المستفيدين من الخدمة الطبية في المشافي . المصدر مجلة كلية التجارة والاقتصاد – جامعة صنعاء – 2004

تناولت الدراسة أسباب الحوادث الحرجة وأثرها في رضا الأفراد عن الرعاية الطبية التي يحصلون عليها في المستشفيات ومن خلالها التعرف على المواقف ذات التأثير السلبي في المستفيدين من الخدمة الطبية ودرجة رضا المستفيدين وسلوك الأفراد غير الراضين .

وقد أظهرت الدراسة :

1- هناك اختلاف ما بين شدة تأثير المواقف المؤدية إلى الحوادث الحرجة وبين شيوعها .
2- إن رضا المستفيدين من الخدمة الصحية يتعلق بإجراءات تصحيح الخطأ أكثر من المواقف المؤدية إليه .
3- إن للمستوى التعليمي تأثير في الأفراد فيما يتعلق باتجاهاتهم نحو إجراءات تصحيح الأخطاء المؤدية إلى الحوادث .
4- إن أغلبية المستفيدين غير الراضين لا يميلون إلى تقديم الشكوى لأسباب مختلفة .

ـ دراسة نصيرات فارس : **المعايير التي يستخدمها المستفيدين من الخدمة الصحية (المرضى) عند اختيارهم للمشفى لتلقي العلاج في الأردن – المصدر - (1) 14** AL YARMOUK RESERCHY **1998-218-198 الأردن .**

تبحث هذه الدراسة في موضوع المعايير التي يستخدموها المستفيدين من الخدمة الخدمة الصحية عند اختيارهم المشفى وتهدف إلى التعرف إلى مدى استخدامهم لمعايير محددة وتحديد هذه المعايير وتوضيح أهمية كل منها في تأثيره على قرار الاختيار حيث اعتمدت الدراسة لتحقيق أهدافها على دراسة العلاقة التأثيرية بين عدة متغيرات مستقلة واختيار المرضى للمشفى المناسب وهذه المتغيرات هي : جودة الخدمة ، البنية الداخلية والخارجية للمشفى ، خدمات الطوارئ في المشفى والصورة الاجتماعية المكونة مسبقاً لدى المريض كما تدرس علاقة المعايير المستخدمة بالخصائص الديموغرافية للمرضى أجريت هذه الدراسة على عينة من (300 مريض) من المرضى الداخلين في المشافي الخاصة في الأردن وعددها 41 مشفى يمثلون مجتمع الدراسة تعاون منهم 25 مشفى فقط في ملء الاستبيانات وبلغ عدد الاستبيانات 218 بمعدل 72 % توصلت هذه الدراسة إلى أن المرضى المتعاملين مع المشافي الخاصة في الأردن يستخدمون معايير محددة عند قرارهم اختيار

المشفى وأن هذه المعايير تتفاوت أهميتها فظهر أن معايير مثل : جودة الخدمة الصحية ، خدمات الطوارئ في المشفى ، البنية الداخلية والخارجية للمشفى تحظى بأهمية نسبية متقدمة بينما تحظى معايير أخرى مثل : توصية الأقارب والأصدقاء والتأمين الصحي بأهمية نسبية قليلة ووجدت هذه الدراسة أن المعايير المستخدمة لا تختلف باختلاف معظم العوامل الديموغرافية للمرضى ما عدا عامل الجنس ، وخلصت الدراسة إلى ضرورة إدراك مدراء المشافي للأهمية جودة الرعاية الصحية استشفائية كعامل اساسي وحاسم في قرار اختيار المشفى الآن ومستقبلاً واقترحت الدراسة أنه لا بد من التركيز على الجودة من وجهة نظر المرضى للمحافظة على العملاء الحاليين واستقطاب عملاء جدد .

ــ دراسة : الطائي ، حميد عبد النبي ، 2001 : قياس تقويمات وإجراءات التسويق الداخلي في صناعة الفنادق الأردنية من وجهة نظر العاملين .

هدفت هذه الدراسة للتعرف على مدى نجاح الفنادق الأردنية في تطبيق برامج التسويق الداخلي والتعرف على تقويمات العاملين في الفنادق (عينة الدراسة) لإجراء التسويق الداخلي وترتيبها من وجهة نظرهم ، كما هدفت إلى الوقوف على أية فروق ذات دلالة إحصائية كالتقويمات تبعاً لمتغيرات الدراسة المتغيرة .

وقد توصلت الدراسة :إلى أن إجراءات التسويق الداخلي المطبقة من قبل الإدارة الفندقية بشكل عام تمثل تقويماً غير محايد للعاملين في الفنادق ، وهذا يعني في واقع الأمر أن إجراءات التسويق الداخلي لم ترق إلى مستوى الطموح ويجب وضع الحلول المناسبة لها .

ــ دراسة : العفيشات ، تيسير ، بعنوان 2001 : الجودة ورضا الزبون وأثرها في تحديد الاستراتيجيات التسويقية للخدمة المصرفية (دراسة تحليلية لآراء عينة في المصارف التجارية الأردنية)

هدفت هذه الدراسة : إلى التعرف على أثر الجودة ورضا الزبون في اختيار الإستراتيجية التسويقية في المصارف وإمكانية استخدام الجودة بوصفها ميزة تنافسية لاستقطاب رضا الزبون من خلال إستراتيجية تسويقية مناسبة .

توصلت هذه الدراسة إلى أن الاهتمام برضا الزبون له أهمية كبيرة بوصفه أحد المصادر الرئيسة لربح المؤسسات الخدمية وان التوجه الحديث هو التوجه نحو رضا الزبون المقترن بجودة الخدمة في المصارف ، كما توصلت الدراسة إلى أن توليفة الإستراتيجية التسويقية للخدمة المصرفية التي يتبناها المصرف تتفاوت من مصرف إلى آخر .

ــ دراسة : هويدي ، ماجدة 2002 م بعنوان : سياسات تسويق الانترنيت في الأردن .

هدفت الدراسة إلى تحليل واقع السياسات التسويقية المتبعة في الشركات العاملة على تقديم خدمة الانترنيت في الأردن كسوق محلي وأسواق دولية .

عينة الدراسة : شملت 10 شركات خدمات للانترنت في عمان (دراسة تطبيقية)

توصلت الدراسة إلى عدة نتائج من أبرزها :

1- تطبيق الشركات سياسة تقسيم السوق بطريقة مدروسة وفعالة .

2- تطبيق الشركات سياسة تطوير الخدمة بطريقة جيدة وفعالة

3- تطبيق الشركات سياسة التسعير والترويج بطريقة مدروسة

4- تطبيق الشركات سياسة التوزيع بطريقة مدروسة وفعالة

5- تقوم الشركات بتحديد مزيج ترويجي مناسب لخدماتها في الأسواق المستهدفة

ـ دراسة الصرن ، غزوة حسن ، 2004 م ، بعنوان : دور التخطيط الشبكي في تقويم المشروعات الخدمية (دراسة تطبيقية على المؤسسة العامة للنقل البحري) .

هدفت الدراسة : إلى بيان وتوضيح كيفية استخدام أساليب التخطيط الشبكي بشكل علمي في عملية التخطيط والتنظيم والرقابة في المشروعات الخدمية ومعرفة نماذج شبكات الأعمال المدنية ومعالجة مشكلتي الهدر في الوقت والتأخير في التنفيذ والتي ينجم عنها ارتفاع في التكاليف .

مجتمع وعينة الدراسة : يتمثل مجتمع الدراسة برحلات سفينتي أرواد واللاذقية اللتين تمتلكها المؤسسة العامة السورية للنقل حيث يتراوح عدد الرحلات التي تقوم بها السفينتين خلال النصف الأول من العام 2003 وتم اعتماد أسلوب المقابلة في جمع البيانات .

وخلصت الدراسة إلى :

1- لا يستند الأسلوب المتبع في المؤسسة العامة للنقل البحري لأجل تقدير زمن الرحلة إلى أسس علمية وإنما تحكمه الأهواء والميول .

2- عندما يكون حجم الإصلاح والصيانة كبيراً فإن هذا النشاط يكون حرجاً .

- دراسة الزعبي علي فلاح مفلح 2006 م بعنوان : الآفاق المستقبلية لاستراتيجيات التسويق المحلي والدولي في شركات القطاع الخاص الأردني .

هدفت الدراسة إلى بحث موضوع الأفاق المستقبلية لاستراتيجيات التسويق المحلي والدولي في شركات القطاع الخاص الأردني من خلال الإجابة على الأسئلة :

1- ما هي السياسات التسويقية التي تتبعها شركات القطاع الأردني ؟

2- ما هو نوع العلاقة بين هذه السياسات واتخاذ استراتيجيات التسوق في القطاع الخاص ؟

3- ما هو أثر هذه السياسات مجتمعة على استراتيجيات التسويق وأفاقة المستقبلية ؟

وقد كان مجتمع الدراسة مؤلف من مديري شركات القطاع الخاص الأردني ومساعديهم ومديرية التسويق والمبيعات في هذه الشركات وعددهم /180/ مديرياً ومساعداً لمدير

وعينت الدراسة من بعض شركات القطاع الخاص الأردني وعددها /60/ شركة وهي تمثل ما نسبته(10 %) من مجموع شركات القطاع الخاص .

وقد خلصت الدراسة إلى عدة توصيات ومقترحات أبرزها :

1- العمل على تفعيل إستراتيجية المنتج وذلك بزيادة عدد أصناف المزيج السلعي .

2- زيادة اهتمام شركات القطاع الخاص بالنشاطات الترويجية والإعلانية .

3- العمل على تفعيل إستراتيجية التوزيع .

4- العمل على تفعيل إستراتيجية نظم المعلومات التسويقية .

5- تفعيل إستراتيجية تقسيم السوق يجب البحث عن الفرص التسويقية المتاحة .

6- ضرورة التماشي مع الطفرة المعلوماتية وأساليب التسويق العلمي لمواجهة تحديات القرن الواحد والعشرين والارتقاء بهذه الصناعة .

ـ دراسة الجريري ، صالح عمرو كرامة 2006 م بعنوان : أثر التسويق الداخلي وجودة الخدمات في رضا الزبون (دراسة تطبيقية لعينة من المصارف اليمنية) .

أجريت هذه الدراسة في القطاع المصرفي اليمني وهدفت لقياس أثر التسويق الداخلي وجودت الخدمات في رضا الزبون ولتحقيق أهداف هذه الدراية تم توزيع /78/ استبانه على عينة من موظفي المصارف بالإضافة إلى /95/ استبانه على عينة من زبائن المصارف اليمنية .

توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها :

1- هناك علاقة ارتباط بين التسويق الداخلي وجودة الخدمات .

2- إن للعلاقة بين التسويق الداخلي وجودة الخدمات أثر في رضا الزبائن .

3- أن هناك علاقة ارتباط قوية بين جودة الخدمات ورضا الزبائن .

4- نقطة الانطلاق للوصول إلى جودة الخدمات ونيل رضا الزبائن تبدأ من التركيز على تحسين العمليات الداخلية في جميع أقسام المصرف لكي تضمن تسليم خدمات عالية الجودة للزبائن .

وقد خرجت الدراسة بتوصيات أهمها :

1- ضرورة أن تعمل المصارف على إتباع الأساليب العلمية في عملية اختيار الأفراد .

2- ضرورة الاهتمام من قبل إدارات المصارف باتجاه دعم فرص الإبداع والابتكار من قبل العاملين عند ممارستهم مهام وظيفية ذات صلة بمشاكل الزبائن .

3- أن تعمل المصارف باتجاه تطبيق برامج الجودة الشاملة .

4- ضرورة إجراء المسوحات الدورية المستمرة في أوساط الزبائن للتعرف على الخدمات التي يرغبون فيها وقياس مستوى رضاهم عن الخدمات المقدمة .

ـ دراسة عطية ، هنادي رمضان 2006م ، بعنوان : إدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مشفى الأسد الجامعي باللاذقية ومشفى الباسل في طرطوس .

هدفت الدراسة : إلى بحث واقع الخدمات الطبية المقدمة في بعض المشافي الحكومية والتعرف على أنواعها وأساليب تسويقها والتعرف فيما إذا كانت المشافي تخصص إدارة مستقلة للتسويق وتحديد دراسة أهم العوامل المؤثرة في تقديم الخدمات الطبية وإظهار أهمية العنصر الإنساني في مجال الخدمات الطبية وبيان أهمية تسويق الخدمات الطبية بشكل عام وفي المشافي بشكل خاص .

مجتمع وعينة الدراسة : يتمثل مجتمع البحث بالمشافي العامة في سورية ، أما عينة البحث فقد اقتصرت على نوعين من المشافي العامة وهي مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية تابع لوزارة التعليم العالي ومشفى الباسل بطرطوس ويتبع لوزارة الصحة وفي كل مشفى تم توزيع أربع استبيانات للإداريين وللأطباء والكادر التمريضي والمرضى .

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية :

1- لا توجد إدارات خاصة بالتسويق في كلا المشفيين محل الدراسة .
2- تواجه إدارة المشفى مشاكل داخلية عديدة لعل أبرزها مشكلة تأمين الخبرات والمهارات الطبية
3- تواجه إدارة المشفى مشكلة التعرف على احتياجات المجتمع بشكل دائم والعمل على تأمين الخدمات المتوافقة مع متطلباتهم الصحية .
4- وجود العديد من المشكلات التسويقية في كلا المشفيين منها موقع المشفى ومشكلات العملاء ونوعيتهم وكثافتهم وهي مشاكل هامة تؤثر بشكل واضح على عمل المشفى ويتطلب معالجتها أو التنبؤ بها وهذا لا يتم إلا من خلال إدارة تسويقية خاصة .
5- عدم وجود نظام للمعلومات التسويقية لتزويد المشفى بالمعلومات التسويقية للتغلب على المشاكل السابقة .
6- تقتصر إدارة المشفى في الحصول على مصادر المعلومات اللازمة لها على الخبرة .
7- أغلب الإداريين لا يحملون شهادات جامعية .
8- التركيز على مهارة مقدم الخدمة والصورة الذهنية للمشفى عند إضافة خدمة جديدة .
9- تعاني الإدارة من قلة تعاون الأطباء معها وخاصة فيما يتعلق بالالتزام بالدوام .
10- يعاني بعض الأطباء من وجود قلة التعاون فيما بينهم ناتج عن وجود تعارض وقلة توافق فيما بينهم .
11- يواجه الكادر التمريضي مشكلات متعددة مع الإدارة والأطباء كقلة اهتمام الإدارة بوضعهم ومشكلاتهم وقلة تعاون الأطباء معهم .

6- خلاصة الدراسات الخاصة :

خلصت الدراسات السابقة التي تم عرضها إلى عدة نتائج مهمة ومفيدة يمكن اعتمادها والاستناد عليها ويمكن إيرادها بالنقاط التالية :

1- وجود العديد من المشكلات التسويقية في المشافي منهاالموقع ومشكلات العملاء ونوعيتهم .
2- التركيز على مهارة مقدم الخدمة والصورة الذهنية للمشفى عند خدمة جديدة .
3- انخفاض درجة التعاون بين مقدمي الخدمة .
4- لا توجد إدارات خاصة بالتسويق في المشافي .
5- هناك علاقة ارتباط بين التسويق الداخلي وجود الخدمة وأثرها على رضا العميل .

6- الاهتمام برضا العميل له أهمية كبيرة بوصفه أحد المصادر الرئيسة للربح .

7- تقوم بعض الشركات بتطبيق سياسات التسويق بطريقة فعالة .

8- ضرورة إدارة الإدارة لأهمية جودة الرعايا الصحية .

9- أثر النظافة للمرافق العلاجية والخدمية في رفع جودة الخدمة .

10-تدريب الموظفين على أسس معاملة المراجعين والمرضى بشكل مريح .

ستعتمد هذه الدراسة على مدخل متكامل يتناول الأفراد والمكان (الموقع) الذي تقدم فيه الخدمة معاً لزيادة رضا عملاء المنظمات الخدمية من خلال السياسات التسويقية .

7 ــ فرضيات الدراسة :

بناء على هذه الدراسة والدراسات السابقة فإن الباحث سوف يبني دراسته على الفرضية الرئيسة التالية :

6-1-توجد علاقة ذات ايجابية دلالة إحصائية بين السياسات التسويقية(عناصر المزيج التسويقي الخدمي) المتبعة في المنظمات الخدمية وبين رضا العملاء .

ويتفرع عن هذه الفرضية الرئيسة الفرضيات الفرعية التالية :

6-1-1-توجد علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين سياسة تطوير جودة المنتج وبين رضا المستفيد من الخدمة .

6-1-2-توجد علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين سياسة التسعير وبين رضا المستفيد من الخدمة .

6-1-3- توجد علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين سياسة الإعلان والترويج وبين رضا المستفيد من الخدمة .

6-1-4-توجد علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين سياسة التوزيع المتبعة في المشفى وبين رضا المستفيد من الخدمة .

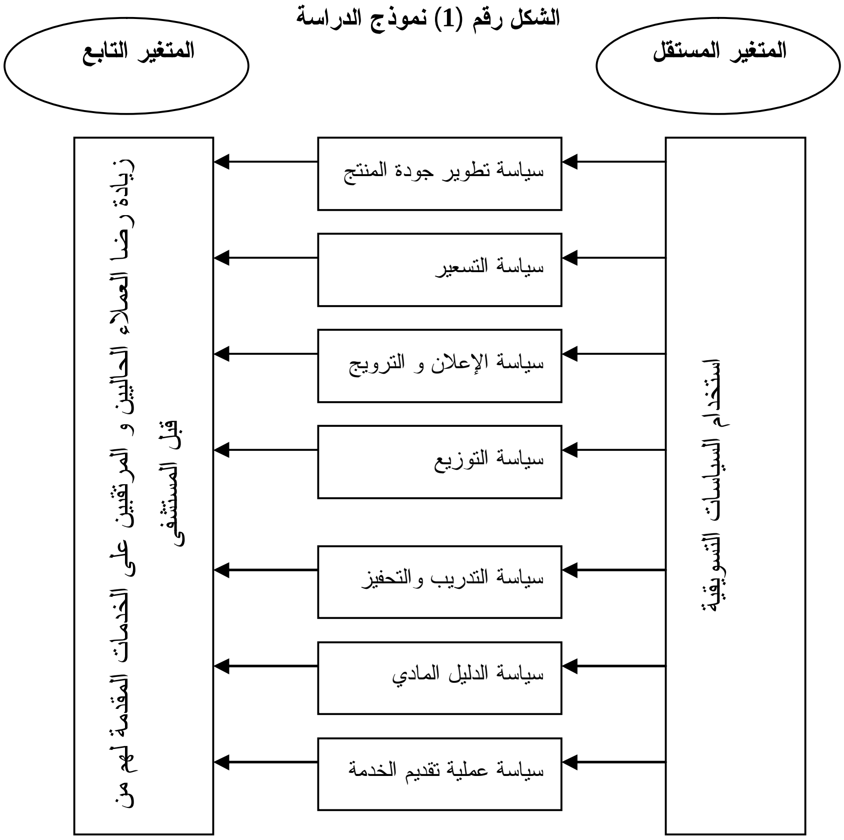
6-1-5-توجد علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين سياسة تدريب وتحفيز الموظفين وبين رضا المستفيد من الخدمة .

6-1-6 توجد علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين سياسة الدليل المادي وبين رضا المستفيد من الخدمة.

6-1-7-توجد علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين سياسة عملية تقديم الخدمة في المشفى وبين رضا المستفيد من الخدمة .

8- نموذج الدراسة:

الشكل رقم (1) نموذج الدراسة



9 ــ منهجية الدراسة :

تستند هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي من خلال الدراسات النظرية والدراسات الميدانية. وسوف يتم تقسيم الدراسة إلى قسمين كما يلي :

آ ــ **القسم النظري** : والذي سوف يشمل دراسة وعرض الأدبيات التي عالجت موضوع البحث وذلك بالطريقة والأسلوب الذي يخدم أغراض البحث وكل ذلك من خلال المراجع والمصادر العلمية والدوريات والمؤتمرات .

ب ــ **القسم الميداني** : والذي يشمل دراسة ميدانية استكشافية لواقع ونمط القيادة الإدارية في المشفى وسياساتها التسويقية والبحث عن المشكلات والانعكاسات داخل المنظمة وذلك في مختلف المستويات الإدارية في المنظمة وأثر ذلك على جودة الخدمة ومستوى رضا المستفيد من الخدمة ومقدمها وتطلعات كل منهم حول الخدمة الحالية والخدمات المتوقع تقديمها .

10- مجتمع الدراسة :

يتألف مجتمع الدراسة من المشافي الخاصة المنتشرة في الجمهورية العربية السورية .

عينة الدراسة :

أما عينة الدراسة فقد افتقرت على ما يلي :

1- جميع الموظفين الإداريين في المشافي الخاصة التي مقرها محافظتي دمشق ودير الزور .

2- جميع الأطباء في المشافي الخاصة التي مقرها محافظتي دمشق ودير الزور .

3- جميع الكوادر التمريضية في المشافي الخاصة التي مقرها محافظتي دمشق ودير الزور .

4- عينة عشوائية بسيطة من المرضى والمستفيدين من خدمة المشافي الخاصة التي مقرها محافظتي دمشق ودير الزور .

11- أدوات الدراسة :

سوف تشمل الدراسة عدد من الأدوات هي :

1 ـ المقابلة الشخصية : وذلك من خلال أسئلة شفهية يوجهها الباحث للإداريين كل واحد على حدا والأطباء والكادر التمريضي والمرضى بهدف الوصول إلى حقيقة الموقف القائم داخل المشفى وتقيمه ومعرفة أبعاده .

ب ـ الاستبانة : سيتم وضع استبانة لهذا الغرض من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة ذات العلاقة والاستفادة من أسئلتها وتعديلها بما يناسب متطلبات البحث وظروف العمل في المشافي الخاصة .

وسوف يتم تنظيم الاستبانة من خلال نموذجان هي :

1- **الاستبانة الأولى.** : تتضمن مجموعة من الأسئلة الموجهة إلى عينة من المرضى متلقي الخدمة في المشافي الخاصة ومرافقيهم ذلك لمعرفة سبب انتقائهم للمشافي الخاصة على العموم والمشافي عينة الدراسة على الخصوص ، ومعرفة مدى رضاهم عن الخدمة المقدمة لهم وطبيعة العلاقة التفاعلية بينهم وبين إدارة المشفى والأطباء مقدمي الخدمة والكادر التمريضي في المشفى وهل للسياسات التسويقية للمشفى دور في تفضيلهم لخدمتها ومدى رضاهم عن جودة الخدمة المقدمة لهم .

2- **الاستبانة الثانية** : تتضمن مجموعة من الأسئلة موجهة إلى عينة من الأطباء والإداريين والكادر التمريضي والفنيين لاستقصاء آرائهم حول السمات والمهارات التي يجب أن يتحلى بها الطبيب عند ممارسته لمهنة الطب وما هي طبيعة العلاقة بينهم وبين الإداريين والعملاء والكادر التمريضي المتواجد في المشفى وما مدة رضاهم عن جودة الخدمة التي يقدمونها وما تأثير السياسات التسويقية من وجهة نظرهم في تفعيل أداء الخدمة وفي تطوير جودتها .

12- محددات الدراسة :

يمكن إجمال المحددات التي واجهت الدراسة بالنقاط التالية :

1- تمت مراعاة الالتزام بفترة زمنية محددة لإتمام الدراسة .

2- اقتصار ال دراسة على بعض المشافي الخاصة السورية والموزعة في كل من محافظة دمشق ومحافظة دير الزور .

3- قلة الدراسات السابقة ذات العلاقة المباشرة في موضوع الدراسة خصوصاً في سورية والدراسات ذات الصلة غالباً ما كانت قديمة نوعاً ما .

الفصـل الأول

تســـويق الخدمات الصحية

- المبحث الأول: مفهوم تسويق الخدمات وأهدافه .
- المبحث الثاني: دور التسويق في تقديم الخدمات الصحية وتطوير أدائها .
- المبحث الثالث: البيئة التسويقية للخدمات الصحية وسوق الخدمات الصحية .
- المبحث الرابع : دور المزيج التسويقي في تقديم الخدمات الصحية .

الفصل الأول : تســويق الخدمات الصحية

تمهيد :

إن التطور المستمر الذي يشهده العالم في الوقت الحاضر خلق بيئة ذات طبيعة ديناميكية ومتطلبات متغيرة ، تفرضها طبيعة التطور المستمر ، مما جعل المستفيد من الخدمات يسعى لإشباع حاجات ورغبات جديدة ، فرضتها حالة التطور ، وطالما عملية التطور مستمرة في العالم فسوف يشهد سوق الخدمات تطور وظهور حاجات ورغبات المستفيدين جديدة ومبتكرة .

ولذلك على المنظمات الخدمية المعاصرة أن تتعرف على أسواقها ، وتقوم بجذب الموارد الكافية واللازمة لإتمام عملية تقديم الخدمة بفاعلية وبجودة عالية للمستفيدين منها .

بحيث تحقق الرضا لديهم من خلال تقديمها بنسبة أعلى من الصورة الذهنية المدركة لديهم وهذا يساعد على :

- إبهار المستفيد بالخدمة المقدمة له .
- توعيته لما يقدم له من خدمات .
- اختيار الخدمة الأفضل وتقديمها في السوق .

لقد ظهرت أساليب جديدة للتعامل مع الأفراد المستفيدين من الخدمة ، ولجأت إليها المنظمات الخدمية بهدف اجتذاب المستفيدين وحثهم على الاستفادة من الخدمات التي يقدمونها بحيث أدى ذلك إلى تطور كبير شهده القطاع الخدمي جعله من أهم القطاعات الاقتصادية المؤثرة في الدخل والناتج القومي للدول ، وساهم ذلك في زيادة المنافسة داخل هذا القطاع مما جعل تسويق الخدمات حاجة ملحة وضرورية .

من خلال ما تقدم فإن الباحث سيتناول في هذا الفصل :

ماهية تسويق الخدمات ومفهومه ، آلية تسويق الخدمات الصحية ، البيئة التسويقية للخدمات الصحية ، تحليل سلوك المستفيد من الخدمات الصحية .

المبحث الأول :أهمية تسويق الخدمات ومفهومها

أولاً : ماهية التسويق ومفهومه وأهميته :

1-1-تعريف التسويق :

إن التسويق شأنه شأن باقي العلوم الأخرى يختلف تعريفه باختلاف المدخل المستخدم في التعريف .

-أ- فقد عرفت جمعية التسويق الأمريكية التسويق بأنه [وظيفة تنظيمية تضم مجموعة عمليات إيجاد قيمة للعملاء ومن ثم الاتصال بهم وتوصيلها لهم بما يحق مصالح المنظمة وأصحاب الحقوق عليها][1]

-ب- كما عرف(Staton)التسويق بأنه [نظام كلي من أنشطة الأعمال المتفاعلة والمصممة لإشباع الاحتياجات من المنتجات والخدمات للمستهلك الحالي والمرتقب من خلال السلعة ، السعر ، الترويج والتوزيع] [2]

-ج- وعرّف(بريد وفيرل) التسويق بأنه [مجموعة من العمليات التي تحدث التوزيع والترويج والتسعير للسلع والخدمات والأفكار التي تسهل علاقات التبادل مع المستهلك وتعجل في إشباعه في ظل بيئة ديناميكية] [3]

-د- وأيضاً عرّف كوتلر التسويق بأنه [العمليات الاجتماعية والإدارية المنجزة بواسطة الأفراد والجماعات لتحقيق ما يريدونه من حاجات ورغبات عبر عمليات تبادل المنتجات مع الآخرين][4]

- ز- وعرف التسويق بأنه [عملية إدارية واجتماعية عن طريقها يتمكن الأفراد والجماعات من إشباع حاجاتهم وتلبية رغباتهم من خلال تبادل المنتجات والقيم مع الآخرين][5]

- ل- وكذلك عرف جوزيف بويت التسويق بأنه [إيجاد عملية تبادل مرضية من خلال التواصل الفعال والمتكامل مع المستهلكين وإقامة علاقات مع المستهلكين والجماهير الأخرى التي يمكنها التأثير على الأداء المؤسسي (المستثمرون المحللون الموظفون جماعات الضغط) وذلك عن طريق التواصل المشترك والجيد في ما بينهم] [6]

لقد عرف الباحثون التسويق على أنه عملية تخطيط أو نظام من الأنشطة أو مجموعة من العمليات الهدف منها إيجاد صيغة للتبادل بين المنظمة والمستفيد منها بحيث يعود ذلك بالنفع على الطرفين من خلال الأنشطة التسويقية ، وهي من خلال ذلك قد تناولت جزئيات من المعنى الحقيقي للتسويق .

ويرى الباحث التسويق:أنه[العمليات التخطيطية والتنفيذية الإدارية والاجتماعية المنجزة عبر الأفراد والجماعات لتحقيق أهداف المنظمة وإرضاء رغبات الأطراف المستفيدة من الأفكار أو السلع أو الخدمات المتبادلة بوساطة الأنشطة التسويقية (منتج – تسعير – توزيع – ترويج).

---

[1] عبد العزيز حسن، مبادىء التسويق، الدار الجامعية، 2003، ص13.

[2] Sargent, Adrian, Marketing Managenent, oxford, New York, – 2005 – P4

[3] Pride & feerl Marketing Mc crow Hilla book xcompany, Newyork. 2000 – P4

[4] Kotler –Marketing Management –new jersey- prenhce Hall,Inc, 2000 – P9

[5] طاهر عطية أسيات التسويق الحديث، (د.ن) النسر الذهبي، - 2004 – ص 94 .

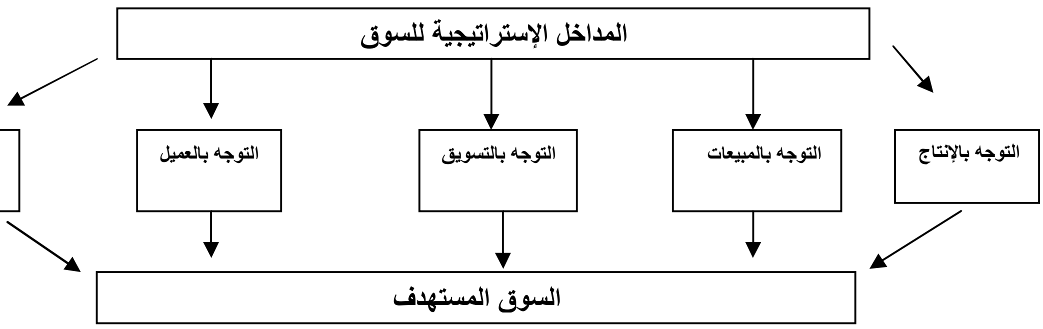
[6] جوزيف بويت وزميله، التسويق، مكتبة جرير، 2005 – ص 9

2-1- تطور مفهوم المزيج التسويقي :

يوجد هناك أكثر من رأي أو تصنيف للتوجهات الإدارية للمنظمات التي شكلت ثورة في النشاط الذي يمارسه التسويق في المنظمات خلال القرن الماضي ، وهناك خمسة مفاهيم يمكن للمنظمات من خلالها أن تختار الطريقة التي تتعامل بها مع أنشطتها التسويقية وهي : مفهوم الإنتاج – مفهوم المنتج – المفهوم البيعي – المفهوم التسويقي – المفهوم الاجتماعي للتسويق .[7]

ويعرض ويتير أربعة أنواع من المداخل الإستراتيجية للسوق والتي يوضحها بالشكل (1) ،

وهذه المداخل هي : التوجه بالإنتاج - التوجه بالمبيعات– التوجه بالتسويق – التوجه بالعميل ، بالإضافة إلى التوجه الاجتماعي . ؟.........



الشكل (1)المداخل الإستراتيجية للسوق المصدر بتصرف[8]

1- التوجه بالإنتاج (التكنولوجي): يعني رفع معدلات النتاج وزيادة الفائض وتحسين الجودة .

2- التوجه بالمبيعات :التخلص من المخزون من خلال تركيز على تحسين نظم التوزيع والتركيز على الترويج والإعلان .

3- التوجه بالتسويق :ويعني التركيز على المستهلك واعتباره نقطة الأساس لتوجيه كافة الجهود التسويقية من اجل تحقيق حاجاته ورغباته .

4- التوجه بالعميل : لا قيمة للمنشاة بدون وجود العملاء وبالتالي فواجبها الأساسي اجتذاب المستهلكين(العميل أولا) وهذا المدخل يفهم من خلال :

أ- يجب على المنظمات التي تتبعه أن تفهم بأن المستفيدين يشترون منافع لا منتجات ووظيفة رجل البيع وترجمة هذه المنافع إلى منتجات وخدمات تشبع حاجات ورغبات المستفيدين .

ب- إن المنظمات التي تتبع هذا المدخل تضع استثماراتها الجوهرية في المستفيدين منها وفي إشباع حاجاتهم ورغباتهم في الأجل الطويل .

ج-إن بناء علاقات فريدة ورشيدة يتطلب من كل أفراد المنظمة أن يعملوا معاً لبناء قيمة العميل قبل وبعد كل عملية شراء .

[7] Kotler- 2007- P39

[8] - عبد العزيز حسن،مرجع سابق، 2003، ص 31

5- التسويق الاجتماعي :إن تحقيق إشباع المستهلك يجب ان يتم في إطار مصلحة المجتمع ، بمعنى ارتباط المفهوم التسويقي في المجتمع من اجل الاحتفاظ بالعملاء لأجل طويل ، فرجال التسويق ينظرون إلى التوجه الاجتماعي ويعدونه ممثلاً بمسؤوليتهم في تبني حاجات ورغبات المستفيد واهتمامات المجتمع وأخذها بعين الاعتبار عند اتخاذ قراراتهم وأن التوجه الاجتماعي للتسويق تتجاوز أبعاده مدى النشاطات التي تمارس ضمن المنظمة على وفق التطور التقليدي للتسويق إذ أنه يتكامل مع المجتمع بوصفه جزءا منه وهو يشكل أحياناً مشكلة للمنظمات التي تتبناه والملتزمة بإرضاء المستفيدين منها . ولعل المشكلة تكمن في أن ما يحتاج إليه السوق ربما هو مما لا يرغب فيه وتكون المنظمات مجبرة على تلبيته من باب التزامها الاجتماعي .

ثانياً : تسويق الخدمات :

2-1- تعريف الخدمة وخصائصها :

2-1-1- تعريف الخدمة : لقد حظيت الخدمة بتعاريف عدة تطرق لها الباحثون بوجهات نظر ومنطلقات مختلفة فقد عرفت :

أ-الخدمة على أنها ((تلك الأنشطة المعروفة وغير الملموسة والتي تعد الهدف الرئيسي لأي تعامل مصمم من أجل إشباع حاجات ومتطلبات العملاء)).[9]

ب- وعرفت جمعية التسويق الأمريكية الخدمة على أنها ((الأنشطة والمنافع التي يحققها البائع للمشتري من خلال الأشياء المقدمة له أو المرتبطة مع البضاعة المباعة وبما يحقق رضاه)).[10]

ج- كما عرف Zeithaml & Bitner الخدمة على أنها ((الخدمات عبارة عن أفعال وعمليات وإنجازات أو أعمال)). [11]

د- وعرف كوتلر الخدمة بأنها ((رد أي فعل أو أداء يقدمه طرف إلى آخر وهو بالأساس غير ملموس ولا يؤدي إلى تملك أي شيء وقد يرتبط تقديمه بمنتج مادي أو بدونه)). [12]

ذ- وأيضاً عرف أدريان الخدمة بأنها ((إنتاج فائدة غير ملموسة أصلا إما بحد ذاتها أو كعنصر بارز لمنتج ملموس والتي تحقق من خلال شكل ما من التبادل حاجة محددة للمستهلك)). [13]

ز- وكذلك تعرف الخدمة بأنها ((الخدمات تعتبر نشاطات معروفة ولكن غير محسوسة وتمثل هدف رئيس لتعامل ما غرضه تحقيق رضا الزبائن)) [14]

إن الباحثين قد ركزوا في تعاريفهم على بعض خصائص الخدمة مثلاً أنه غير ملموسة ولا وجود للتملك فيها أو لها ارتباط بسلع مادية أو لا ، ولكن تجاهلوا بعضها الأخر .

---

[9] محمد ناصر وزميله ، تسويق الخدمات، منشورات جامعة دمشق، 2006 – ص 15
[10] ثامر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار البارودي، 2005 ص 20
[11] هاني منصور، تسويق الخدمات، دار حامد، 2005 – ص 18
[12] ثامر البكري ، 2005 ، مرجع سابق، ص 21
[13] زاهر دعبول، مرجع سابق، 2003 ص 26
[14] عبد العزيز أبو نبعة، مرجع سابق، 2005 – ص 22

ومن خلال ما سبق يرى الباحث أن الخدمة هي منافع تقدم من خلال عملية تفاعلية مشتركة بين مقدم الخدمة والمستفيد بهدف تلبية حاجاته ورغباته وهي غير ملموسة ولا ينتج عنها أي تملك ، وقد ترتبط بسلعة مادية أو لا ترتبط وتستهلك لحظة طلب المستفيد لها مباشرة ومن المستحيل تخزينها .

2-1-2 – خصائص الخدمة : تتميز الخدمات بصورة عامة بالعديد من الخصائص التي تميزها عن السلع المادية ونذكر منها :

1- الخدمة غير ملموسة : فليس لها وجود مادي ولا يمكن اختبارها أو فحصها أو إصدار الحكم عليها قبل استخدامها .

2- الخدمة تستهلك لحظة تقديمها(ثنائية الخدمة):إن الخدمة غير قابلة للتخزين لأنها تستهلك لحظة تقديمها .

3- عدم تملك الخدمة : يحق للمستفيد التمتع بالخدمة في مكان تقديمها ولا يحق له أن يتملكها .

4- تلازمية الخدمة مع مقدمها : إذ لا يمكن تقديم الخدمة إلا بمشاركته .

5- ارتباط الخدمة بمقدمها : إذ يتوجب على المستفيد من الخدمة الحضور إلى مكان تقديم الخدمة .

6- تقلب الطلب على الخدمة : فهو لا يتقلب بين فصول السنة فحسب بل يتقلب من يوم إلى أخر بل من ساعة إلى أخرى ..

7- بعض الخدمات تتطلب السرعة في الأداء وخاصة الخدمات الصحية فهي غير قابلة للتأجيل ...

8- بعض الخدمات تتطلب وجود علاقة دائمة ومستمرة ومباشرة بين مقدم الخدمة والمستفيد منها.

2-2- مفهوم تسويق الخدمات :

عند القيام بتسويق الخدمات يجب الاعتماد على المفهوم الحديث للتسويق وبرغم أهمية ذلك إلا أن عدد كبير من منظمات الخدمات لا يطبق فيها هذا المفهوم لأسباب عديدة منها :

أ- عدم فهم التسويق والنظر إليه على أنه البيع .

ب- عدم إدراك المسئولين في المنظمات الخدمية أهمية التسويق وإن عدد كبير من المشكلات التي تواجه هذه المنظمات هي مشكلات تسويقية من الدرجة الأولى .

ت- عدم وجود إدارة مستقلة للتسويق في معظم المنظمات الخدمية مع عدم وجود تنسيق واضح بين أوجه الأنشطة التسويقية المختلفة .

وهذا وبصفة عامة فإن تسويق الخدمات عملية صعبة جداً أكثر بكثير من تسويق السلع وذلك لعدة أسباب تعود أصلاً لما تتميز به الخدمات عن السلع وذلك مثل :

أ- صعوبة تقدير الطلب على الخدمة مع تقلب هذا الطلب .

ب- صعوبة تنميط العروض من الخدمة وهو ما يعرف بتباين العرض .

ت- الاستغناء عن بعض وظائف التسويق الأساسية عند تسويق الخدمات مثل وظيفة التخزين التي تخلق المنفعة الزمنية ووظيفة النقل التي تخلق المنفعة المكانية بالإضافة إلى التعبئة والتغليف التي تخلق المنفعة الشكلية .

ورغم ذلك نجد بعض المنظمات الخدمية التي يوجد في تنظيمها الإداري إدارة مختصة بالتسويق وهي تقل عن مثيلاتها في منظمات الإنتاج ، إلا أن منظمات الخدمات قد نجد فيها خططاً للمبيعات وتستخدم برامج لتدريب رجال البيع وتجري دراسة للسوق وتتعاون مع بيوت الخبرة التسويقية وتنفق مبالغ كبيرة على التسويق وتنفذ حملات إعلانية عبر مؤسسات الإعلان المتخصصة .

ويمكن القول بأن هناك اتجاهاً متزايداً في منظمات الخدمات نحو الاهتمام بالتسويق وتكمن أسباب عدم التوجه منظمات الخدمات بالتسويق في ما يلي :

أ- أنها تركز اهتمامها بالخبرة الفنية .

ب- إن معظم منظمات الخدمات صغيرة الحجم إلى درجة عدم إمكانية استخدام الخبرات التسويقية المتخصصة .

ت- إن درجة المنافسة التي تواجهها منظمات الخدمات هي أقل مما عليه في منظمات الإنتاج السلعي .

ث- إن المستهلك يجد أمامه عددا" كبيرا" من مقدمي الخدمة كالأطباء والمحامين بحيث لا تظهر هنا أهمية التسويق بالنسبة له .[15]

إن مفهوم تسويق الخدمات يتضمن تعريف وتوصيف وظيفة المنظمة الخدمية ، من خلال تحديد حاجات ورغبات وتفضيلات وميول السوق المستهدف ، ثم العمل على تقديم ما يوافق هذه الحاجات والرغبات والتوقعات لإحداث السلوك المرغوب فيه لدى المستفيدين بشكل فاعل وكفاءة عالية وبطريقة تعزز أهداف الأفراد والمنظمة الخدمية والمجمع .

هذا يعني أن التسويق الخدمي الناجح يتضمن التوجهات نحو السوق وحاجاته ، بدلاً من التوجهات البيعية وإتباع المدخل التسويقي من أجل تشجيع وتنشيط المبيعات ،من خلال إنتاج وتقديم كل ما يرغب به المستفيد بدلاً من إغراء المستفيدين لشراء الخدمات واستخدامها .[16]

[15] طاهر مرسي، مرجع سابق، 2004- ص32
[16] محمد ناصر وزميله ، مرجع سابق، 2006 – ص 35

المبحث الثاني مفهوم تسويق الخدمات الصحية

2-1- تعريف التسويق الصحي ومفهومه :

2-1-1- تعريف التسويق الصحي :

أ- عرف كوتلر التسويق الصحي بأنه ((التحليل والتخطيط والتنفيذ والرقابة على البرامج المعدة بدقة نحو تحقيق قيمة تبادل اختيارية مع الأسواق المستهدفة بهدف بلوغ ما تسعى إليه المنظمات الصحية من أهداف معتمدة في ذلك لملاقاة حاجات تلك الأسواق المستهدفة ورغباتها ومن خلال الاستخدام الفاعل للتسعير والاتصالات والتوزيع من أجل إعلام السوق وإيجاد الدافع لدى الأفراد وخدمتهم . [17]

ب- كما عرف التسويق الصحي أيضاً بأنه ((عملية تحليل الأنشطة المتكاملة والمترابطة التي تقوم بها المنظمات الصحية لتوفير أنسب الخدمات المطلوبة والتخطيط السليم لها والرقابة على حسن تنفيذها والترويج لها وذلك لتعزيز عملية التبادل الإرادي للمنافع مع أسواقها المستهدفة بما يمكنها من بلوغ أهدافها المرسومة بفاعلية وكفاءة عاليتين)).[18]

يتضح مما سبق أن التسويق الصحي هو التحليل والتخطيط للأنشطة وتنفيذها والرقابة عليها من قبل المنظمات الصحية وذلك كلها من أجل تقديم وتوفير الخدمة الصحية للمستفيدين منها بأنسب الطرق التي تقابل حاجات المستفيدين تؤدي إلى خدمتهم ومقابلة رغباتهم بهدف الوصول إلى رضاهم وتحقيق أهداف المنظمة الموضوعة بفاعلية وكفاءة عالية .

2-1-2- مفهوم التسويق الصحي :

هو مجموعة من الإعمال والأنشطة المتكاملة التي تقوم بها إدارة متخصصة في المشفى ، وتهدف في الأساس إلى إقامة وتدعيم العلاقات بين هذه المشفى والمجتمع الذي تعمل فيه ، بالإضافة إلى توفير الخدمات الصحية للمرضى وبالقدر الكافي والجودة المناسبة وفي الزمان والمكان المناسبين ، وبما يتلاءم مع حالاتهم المرضية وبأيسر الطرق وأسهلها وبأقل التكاليف ، وتعد المنظمات الخدمية ذات طبيعة فريدة ومتميزة لأن لها سمات أو خصائص تنظيمية تميزها عن باقي المنظمات وبالنظر إلى المنظمات الصحية ومنها المشافي نجد أنها تتميز بعديد من الخصائص التي تنعكس على تنظيمها وذات أثر مباشر على مستوى فعاليتها التنظيمية ومن هذه الخصائص :

1- يستلزم العمل بالمشفى درجة عالية من التخصص .

2- إن العمل قليلاً ما يتحمل أي خطأ .

3- إن الأعمال أكثرها متغير ومعقد مقارنة بأي تنظيم أخر .

4- إن الجزء الأكبر من العمل يحمل صفة الاستعجال أو الطوارئ وطبيعته لا تحتمل التأخير أو التأجيل.

5- يعمل المشفى بصورة مستمرة 24/24ساعة يومياً مما يؤدي إلى العديد من المشاكل المتصلة بالجدولة والتكاليف والرقابة .

---

[17] ثامر بكري، مرجع سابق، 2005 ، ص 29

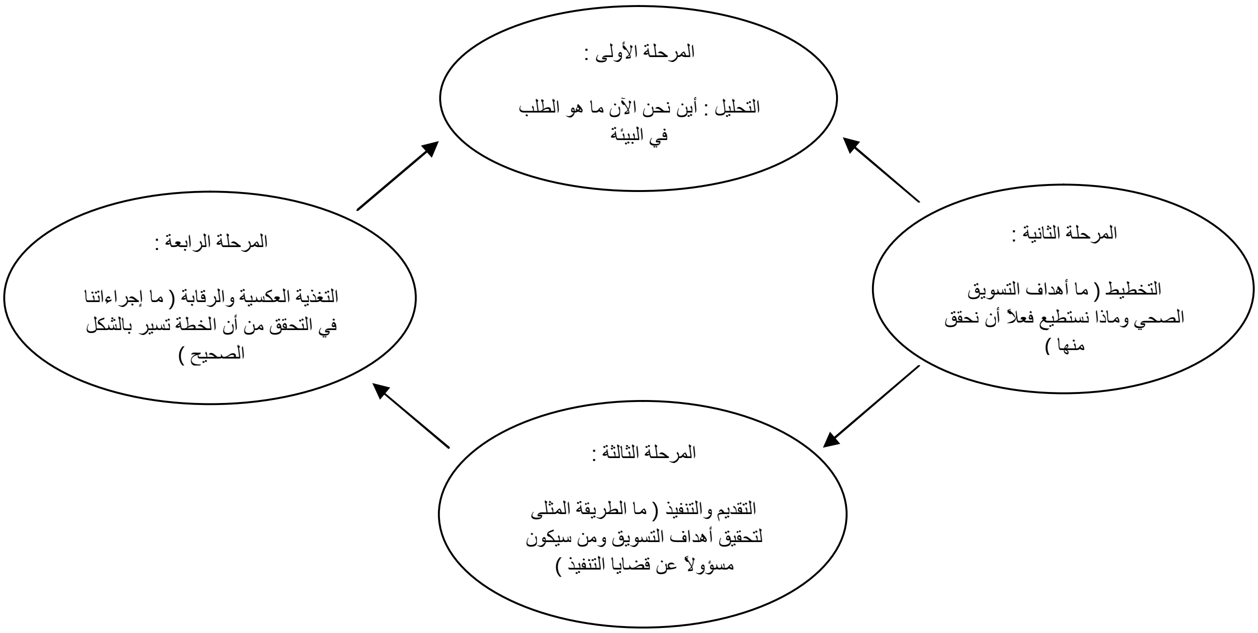
[18] طلال الأحمدي ، إدارة الرعاية الصحية، معهد الإدارة العامة، 204 ، ص 267

6- تعتمد الأنشطة المؤداة في المشفى على بعضها البعض مما يتطلب درجة عالية من التنسيق فيما بين المجموعات العاملة في المشفى .

7- ويشمل مفهوم التسويق الصحي عدة جوانب :

2-1-3- التسويق كوظيفة إدارية تتضمن التحليل والتخطيط والتنفيذ والرقابة :

وقد أشار Gilligan إلى أن التسويق الصحي هو عملية من أربع مراحل يوضحها الشكل (2) على النحو التالي :



الشكل (2) المصدر[19] التسويق كعملية إدارية

1- المرحلة الأولى : (أين نحن) وهي مرحلة تحليل وفهم عميق لكل من :

أ- البيئة ب- حاجات وتوقعات المريض ج- المنافسة

2- المرحلة الثانية : التخطيط

أ- بحث ومسح حاجات المرضى الحالية والمستقبلية .

ب- وضع الأهداف والمعايير .

3- المرحلة الثالثة : التقييم والتنفيذ (كيف نصل إلى هناك)

أ- إدارة المزيج التسويقي الصحي .

ب- تسويق الخطة داخلياً (داخل المشفى)

ت- تطوير العلاقات مع الجمهور

---

[19] (Gilligan Gllin& lowy magketing and health careorganization 1995-p23)

4- المرحلة الرابعة : التغذية العكسية والرقابة (كيف نتحقق من سير الخطة بالشكل الصحيح):

أ- بناء وتطوير الاختبارات والموازنات .

ب- مراقبة التطور .

ت- إجراء العمليات التصحيحية (تعديل الأخطاء والانحرافات إن وجدت)

2-1-4- إنشاء البرامج المعدة بدقة دون الاقتصار على الأنشطة التلقائية :

يتم تحديد التسويق الصحي بإنشاء البرامج المعدة بدقة لتحقيق الاستجابات المرغوبة للأسواق دون الاقتصار على تلك الأنشطة التلقائية أو الآتية :

1- **فلسفة الزبون :** التسويق يعرف الإدارة بأولويات السوق وحاجات الزبون ورغباته وانعكاسات ذلك على خطط المنظمة وعملياتها .

2- **التكامل التسويقي للمنظمة :** التسويق يجعل المنظمة تجاهد في تحليل السوق والتخطيط والتنفيذ والرقابة بصورة متكاملة .

3- **معلومات تسويقية دقيقة :** يوفر التسويق المعلومات اللازمة وبالنوعية والكمية المناسبة لتنفيذ تسويق فعال .

4- **توجه استراتيجي :** مساهمة التسويق في توليد استراتيجيات وخطط مبتكرة لتنفيذ أهداف المنظمات الصحية طويلة الأمد .

5- **الكفاءة التشغيلية :** اختيار الأنشطة التسويقية والتعامل معها على وفق منظور (الكلفة والفاعلية)

يبحث التسويق في جلب تبادل اختياري فرجال التسويق يبحثون عن استجابة الطرف الأخر،فالتسويق الصحي يحمل فلسفة مناقضة للقوة أي أن رجال التسويق في المشفى يبحثون عن تكوين حزمة من المنافع للسوق المستهدف من خلال الجذب الكفء والتبادل الطوعي بين المنفعة والكلفة أي ليس بطرق قسرية وليس بأي سعر كان .

2-1-5- أهمية تسويق الخدمات الصحية :

تتمثل أهمية تسوق الخدمات الصحية بالنقاط التالية :

1- زيادة اختراق المستشفيات لأسواقها الحالية فضلاً عن إضافة أسواق جديدة .

2- تحديد الأسواق الحالية والمرتقبة وتوفي تشكيلة من الخدمات الصحية المناسبة للمستفيدين من الخدمة .

3- التنبؤ بالطلب على الخدمات الصحية والمساهمة في الاستغلال الأمثل للطاقات والإمكانيات والتسهيلات المتاحة للمستشفى .

4- ترشيد استخدام الأدوية والمعدات والتجهيزات المتاحة في المستشفى .

2-1-6- اختيار السوق المستهدف :

ويعرف سوق الخدمات الصحية على انه ذلك المكان الذي يتم فيه عرض وتقديم الخدمات الصحية في ضوء الطلب عليها ، يعنىَ التسويق الصحي باختيار السوق المستهدف أكثر مما يعمل في سوق شامل ليتمكن أكثر من خدمة ذلك السوق المستهدف والعمل على وفق هذا المنظور يحقق جملة من الفوائد أهمها :

أ- جعل المنظمة الصحية في موقف أفضل لاكتشاف الفرص التسويقية من خلال تجزئة السوق ويعني البحث عن حاجات مستجدة .

ب- جعل المنظمة أكثر تطابقاً لما تقدمه من خدمات مع حاجات تلك الأسواق المستهدفة ورغبات المريض .

ت- جعل المنظمة الصحية أكثر دقة في استخدامها لعناصر المزيج التسويقي ولاسيما فيما يتعلق بضبط الأسعار للخدمات الصحية المقدمة .

2-1-7- التسويق في المنظمات الصحية وهدف البقاء والاستمرار وتحسين نوعية الخدمات :

الغرض من التسويق هو مساعدة المنظمات الصحية في تحقيق أهدافها في البقاء والاستمرار وتزويدها بالمرونة اللازمة للعمل في بيئة متغيرة من خلال خدمة أسواقها بصورة أكثر فاعلية لأن أهداف هذه المنظمات غير مرتبطة بالربح فقط فقد يكون مرتبط بتحسين مستوى نوعية وتوزيع الخدمات الصحية أو أهداف أخرى وبرامج تهدف المستشفيات بتقديمها للمجتمع المستهدف .

2-1-8- التسويق الفعال موجه نحو المرضى وليس نحو المستشفى :

يعتمد التسويق في تصميم خدمات المنظمات الصحية على وفق حاجات ورغبات الأسواق المستهدفة أكثر من تلك الصيغة المرتبطة بأذواق البيع الشخصي.

فالتسويق الفاعل موجه نحو المستهلك (المرضى والمستفيدين)وليس نحو البائع(المشفى) فالتسويق يبدأ قبل[20] الإنتاج بمدى طويل ويستمر خلاله وبعده .

2-1-9- المزيج التسويقي

يستخدم التسويق ويعتمد على مجموعة من الأدوات تسمى المزيج التسويقي وهي (تصميم المنتج ، التسعير ، الخدمة ،التسعير، الترويج، التوزيع ،العمليات ، الأفراد ، الإظهار المادي) .

2-2- المزيج التسويقي للخدمات الصحية :

2-2-1 المنتجات الصحية :

تقدم المنظمات الصحية مجموعة من الخدمات تدعى مزيج الخدمات وهي :

أ- الخدمات الوقائية بأنواعها المختلفة : كالوقاية من الأمراض الوبائية والأمراض المتوطنة ووقاية البيئة .

[20] محمد ناصر وزميله ، مرجع سابق، 2006 ص 356

ب- خدمة الفحص والتشخيص : كالفحص بالتحليل المخبري والفحص بالأشعة والمعاينة الطبية .

ت- خدمات الجراحة بمختلف بأنواعها : كالجراحة العامة وجراحة القلب والصدر ... الخ .

ث- خدمات العلاج : كتضميد الجروح والتقرحات وجرعات الدواء

ج- خدمات الولادة : والتي تتضمن الولادة الطبيعية والولادة بإجراء عملية جراحية .

ح- خدمات التخدير بمختلف أنواعها .

خ- خدمات الرعاية : كرعاية الأحداث الأطفال العجزة .

د- خدمات الفندقة ودور النقاهة والاستجمام .

ذ- خدمات النظافة .

ر- خدمات التأمين الصحي والخدمات المصرفية .

2-2-1-2- تحديد أنواع الخدمات الصحية :

تواجه المنظمات الصحية مجموعة مجموعة من الأسئلة المتعلقة باتساع مزيج الخدمات التي تقدمها وعمقها بمعنى هل تقتصر المنظمة الصحية على مجموعة محددة من الخدمات وتركز نشاطها عليها أو تضيف إليها مجموعة أخرى من الخدمات ؟ لذا لم تقتصر نشاطات المنظمات الصحية على تقديم خدمات الوقاية والعلاج والنقاهة بل قامت بتقديم خدمات التعليم الصحي والبحوث والتدريب .[21]

ويمكن تصنيف الخدمات الصحية إلى خدمات أساسية وأخرى مساعدة فالخدمات الأساسية تضم العلاج ،العلاج البانولوجي ورعاية وحضانة الأطفال العمليات الجراحية أقسام الطوارئ ، بنك الدم ، علاج جهاز التنفس والعناية المركزية ، تصوير الأشعة ، خدمات إعادة التأهيل ، الخدمات الاجتماعية ، العلاج بالأشعة والعلاج بالراديوم ، علاج الأمراض الداخلية ، علاج أمراض القلب ، علاج العظام ، علاج الغدد ، العلاج الكيماوي للأمراض الخبيثة ...الخ .

أما الخدمات المساعدة فهي تضم عادة خدمات الفندقة ، دور النقاهة الآلات والأدوات المستخدمة في تسهيل عملية التشخيص والعلاج والوقاية والعمليات ، خدمات النظافة ، خدمات التأمين والخدمات المصرفية .

توجد بعض المنظمات الصحية المتخصصة مثل :

1- مشافي العيون .

2- مشافي الأذن والأنف والحنجرة .

3- مشافي طب القلب والأوعية .

4- المشافي المتخصصة بالجراحة العامة .

[21] محمد ناصر وزميله ، مرجع سابق، 2006 ، ص 357

5- المشافي المتخصصة بالربو والسل .

6- المشافي المتخصصة بأمراض السرطان .

7- المشافي المتخصصة بأمراض الأطفال .

8- المشافي المتخصصة بأمراض النساء والتوليد ... الخ

إن اتساع مزيج الخدمات يدل على عدد خطوط الخدمات التي تقوم بتقديمها المنظمة الصحية إلى الجمهور فمثلاً توجد خطوط مختلفة من الخدمات ابتداءً من خدمات الوقاية والجراحة والتضميد وخدمات الولادة وخدمات الرعاية ... الخ

أما عمق خطوط الخدمات فهو يدل على عدد الخدمات التي تقدمها من خلال كل خط من خطوط خدماتها فمثلاً عند الحديث عن العمليات الجراحية يمكن الحديث عن عمليات جراحة الصدر ، جراحة القلب ، جراحة الدماغ ، جراحة المعدة ، جراحة الغدد ، جراحة الأعصاب ، جراحة الفكين ، الجراحة العظمية ... الخ [22]

فيما يتعلق باتساق مزيج الخدمات فيقصد به درجة الارتباط القائم فيما بين الخدمات .

2-2-1-3- تنويع الخدمات :

ترتبط القرارات المتعلقة بتنويع وتشكيل وتطوير الخدمات الصحية مباشرة بقرار المنظمة الصحية فيما يتعلق بإدخال خدمة صحية جديدة ، ومن أمثلة الخدمات الصحية التي يمكن إضافتها ما يلي :

أ- خدمات التشخيص المتقدمة والمعتمدة على الحاسوب .

ب- خدمات معملية ومختبرات متقدمة .

ت- خدمات جراحية تتعلق بإضافة خدمة الجراحة السريعة بالعيادات الخارجية .

ث- خدمات الليزر .

ج- خدمات إسعاف من خلال إنشاء حجرات طوارئ .[23]

ح- خدمات الرعاية داخل منزل المريض .

خ- خدمات عملية التجميل .

2-2-1-4 تشكيل الخدمات :

يعني التشكيل في المجال الصحي إضافة شكل جديد من الخدمات الصحية على الأشكال الحالية المقدمة من أمثلتها :

أ- إضافة خدمة الأشعة العلاجية بالإضافة إلى خدمات الأشعة التشخيصية .

---

[22] محمد ناصر وزميله ، مرجع سابق، 2006 ، ص 357
[23] محمد ناصر وزميله ، مرجع سابق، 2006 ، ص 358

ب- إضافة خدمة الجراحات الدقيقة إلى الجراحات الحالية في المشفى .

ت- إضافة خدمة العلاج بالليزر .

ث- إضافة خدمة العلاج البديل بواسطة الطب البديل والإبر الصينية والجراحة التنظيرية .

5-1-2-2 تطوير الخدمات :

يرتبط التطور بأسلوب مواجهة الأمراض والتعامل معها ومن خلال متابعة ومراقبة التطور التقني والتكنولوجي للآلات والمعدات الطبية بالإضافة إلى إجراء بحوث طبية ومتابعة أخر البحوث التي يتوصل إليها الأطباء والمراكز الطبية المتخصصة والعمل على الحصول على الجديد ولذا يتم إضافة مزايا جديدة للخدمات الصحية سواء في الشكل أو المضمون ومن أمثلة تطوير الخدمة الصحية: .[24]

أ- تطوير خدمات التشخيص بالاعتماد على الأجهزة والمعدات الطبية المتقدمة .

ب- تطوير الخدمات المعملية بالاعتماد على الآلية بدل التحليلات والإضبارات اليدوية .

ت- تطوير الخدمات الجراحية من خلال الاعتماد على معدات طبية جراحية حديثة .

2-2-2 تسعير الخدمات الصحية :

تتعرض المنظمات الصحية للعديد من المشكلات المرتبطة بقرار التسعير لأن تسعير الخدمة يعد مهمة صعبة ومتشابكة فالسعر هو انعكاس لقيمة الشيء في فترة زمنية محددة والقيمة مسألة مرنة وشخصية فهي غير ملموسة كالشعور بالتباهي عند الحصول على خدمة محددة ويكون لها أكثر من قيمة لدى أفراد مختلفين .

وقد تختلف هذه القيمة بالنسبة للفرد الواحد في أوقات مختلفة ، وعليه ينبغي أن لا ينظر إلى السعر في المنظمات الصحية نظرة ضيقة باعتباره يمثل التكاليف المادية المباشرة التي يتحملها المستفيد من الخدمة الصحية بل يجب أن ينظر إليها نظرة أكثر شمولاً باعتبار أنّ هناك عناصر أخرى للتكاليف من أمثلتها :

1- تكاليف الفرصة البديلة وتتمثل في الوقت الذي يستغرقه المستفيد في الحصول على الخدمة والذي كان من الممكن استثماره في بدائل أخرى كالوقت الذي يقضيه المريض في انتظار دوره لمقابلة الطبيب لإجراء الفحص له .[25]

2- تكلفة الجهد الذي يبذله المستفيد من الخدمة للحصول عليها كمراجعة أقسام مختلفة في المشفى للحصول على الخدمة الصحية .

3- التكلفة النفسية المرتبطة بالحصول على الخدمة الصحية ويمثل الجهد النفسي الكبير الذي يبذله المريض في الحصول على الخدمة من انتظار أو المعاملة غير إنسانية من قبل الموظفين أو الأطباء أو كادر التمريض .

---

[24] طلعت ابراهيم الدمرداش ، "اقتصاديات الخدمة الصحية" ،1999 ،ص359

[25] محمد ناصر وزميله ، مرجع سابق، 2006 ، ص 360

ولضمان نجاح الخطة التسويقية للمشفى لابد من القيام بتحليل كاف لكل من الوقت والجهد المادي والنفسي الذي يبذله المستفيد من الخدمة للحصول عليها بحيث يؤخذ ذلك في الحسبان عند تحديد موقع الخدمة وإجراءات الحصول عليها بما يجعل تكلفة هذين العنصرين أقل ما يمكن بالنسبة للمستفيد من الخدمة الصحية بالإضافة إلى انتقاء الكادر الطبي والإداري الذي يتعامل بالروح الملائمة والمناسبة لنفسية المريض مما يقلل من الضغط النفسي عليها ويرفع لديه الروح المعنوية .

ويرجع القرار بالنسبة للسعر إلى أهداف المنظمة الصحية وإلى نوعية الأفراد المستفيدين منها وإلى المنطقة التي تنتمي إليها بالإضافة إلى نوعية وجودة الخدمات الصحية التي تقدمها ونوعية الكادر الطبي والإداري العامل فيها .

3-2-2 : التوعية الصحية (ترويج الخدمات الصحية):

يعترض البعض على استخدام كلمة الترويج في المنظمات الصحية ويطلق عليها بدلاً من ذلك كلمة توعية صحية وهي تعني توجيه المستفيد وإقناعه وحثه على الانتفاع بالخدمات الصحية المقدمة من قبل المنظمة والتي من شأنها أن تعيده إلى حالته الطبيعية أو وقايته من احتمال إصابته بأي مؤثر صحي يغير من طبيعته وسلوكه فأغراض التوعية هي:

أ- تعريف المستفيد المحتمل بوجود الخدمة الصحية وقدرته على تلبية حاجاته.

ب- إقناع المستفيد من أن الخدمة مهمة وينبغي الحصول عليها لأنها تمنع حدوث المرض أو أنها تساعده على تحسين وضعه.[26]

ت- تذكير المستفيد بالمنافع التي يحصل عليها من تلك الخدمات الصحية ومدى حاجته إليها .

1-3-2-2 عناصر الترويج الصحي :

1- الاتصال الشخصي :تخصص المنظمات الصحية بعض موظفيها مثل المرشدين الصحيين لمقابلة المستفيدين وإعلامهم بالخدمات الصحية ويؤدي المرشدون الصحيون مهمة الإقناع بالخدمة الصحية وكذلك التوجيه والإرشاد.

2- الإعلان:وهو وسيلة غير شخصية لتقديم الأفكار والسلع والخدمات وترويجها بواسطة جهة معلومة مقابل أجر مدفوع ويهدف الإعلان في مجال الخدمات الصحية إلى ما يلي:

أ ـ نشر الوعي الصحي لدى أفراد المجتمع عبر طلب إعلان العلاقات العامة أو إعلان المنظمات الصحية.

ب ـ التعليم الصحي.

ت ـ التركيز على بعض المشكلات الصحية مثل التدخين وضغط الدم.

3- النشر:وهو عرض المعلومات في شكل إخباري حول منظمة أو خدمة أو فكرة صحية أو شخص أو مكان ما له علاقة بالصحة.

---

[26] كاسر منصور ،"تقانة الخدمة المرتكزات و الأخلاقيات" ،2003 ،ص36

فقد تقوم المنظمة في مؤتمر ما بالإعلان للامتناع عن استخدام أحد العقاقير الطبية أثناء إجراء العمليات الجراحية بسبب ما ينتج عنه من أضرار جانبية.

4- العلاقات العامة :تلعب دوراً هاماً في بناء صورة ذهنية عالية حول المنظمة الصحية في نظر جمهورها ويجب خلق علاقات جيدة بين كل من المستخدمين والمتبرعين والأطباء والمرضى والجماهير التي تتعامل معها المنظمة الصحية بحيث تستغلها بصورة فعالة بقدر الإمكان.

5- التنشيط: يعني أوجه النشاط التسويقي غير الإعلان والبيع الشخصي والنشر والتي تهدف إلى إثارة اهتمام المستفيد وإقناعه بالخدمات الصحية.

توجد العديد من أدوات التنشيط الآن منها ترويج الخدمة الصحية باستخدام الهدايا والمسابقات ويمكن استخدام الحوافز المادية والمعنوية بالنسبة للمتبرعين بالإضافة إلى إجراء فحوصات طبية مجانية سريرية أو مخبرية للمرضى بالإضافة إلى استقدام أطباء مشهورين من الداخل أو الخارج والحصول على أجهزة طبية متطورة كل ذلك من شأنه أن يزيد من عملية الترويج للمنظمات الصحية .

4-2-2 – المكان (التوزيع) :

وهو الموقع الجغرافي والطريقة التي تقدم فيها الخدمات الصحية في المشفى (خدمات ثابتة داخل المشفى،وحدات متنقلة،برامج العناية المنظمة لطلاب المدارس،الوحدات الجوالة وحملات اللقاحات) ويجب الاهتمام والتركيز والعناية الدقيقة بالموقع عند اختياره فيجب أن يحقق مزايا مهمّـة وهي:

1- القرب من الأفراد المستهدفين.

2- المنطقة الجغرافية ذات المناخ المناسب الذي يشعر المريض بالراحة.

3- يجب أن تكون مساحة الموقع كافية وواسعة .

إضافة إلى ذلك هل هناك إمكانية لفتح فروع أخرى للمشفى في مناطق مختلفة من البلد ويعتمد ذلك على مدى جدوى الدراسة للسوق المستهدفة.

5-2-2- العمليات (تقديم الخدمة الصحية) :

إن قرارات تقديم الخدمات الصحية من القرارات المهمة التي تتخذها الإدارة التسويقية في المنظمات الصحية والتي تمكن المستفيد من الحصول على الخدمة الصحية عن طريق استخدام منافذ تقديم الخدمة ويجب أن تكون الأنشطة والأفعال التي تؤدي أثناء تقديم الخدمة مترابطة ومتناغمة بشكل يؤدي إلى تحقيق المنفعة المتبادلة لطرفي الخدمة بحيث تقدم بأسرع وأرخص الطرق ويجب ضمان التفاعل بين تقدم الخدمة والمستفيد ومنها وإدارة هذا التفاعل بحيث يؤدي إلى رضا المستفيد وراحته النفسية.

6-2-2- الدليل المادي :

يتمثل الدليل المادي للمنظمة الصحية المشفى في بناء المشفى بحد ذاته بالإضافة إلى الرموز المادية المستخدمة في عملية الاتصال والإنتاج للخدمة الصحية إذ أن السمة الأساسية للخدمة الصحية أنها غير ملموسة لذلك فان التسويق يعمل قدر المستطاع لكي يجعل الخدمة قريبة لأن تكون مظهراً مادياً ويتم ذلك من خلال مبنى المشفى الخارجي وتقسيماته الداخلية ومن خلال الأدوات و المعدات المستخدمة داخل المشفى ومن خلال الكادر الطبي المتميز والكادر الإداري.

2-2-7- الأفراد(مقدمي الخدمة في المشفى):

وهم مجموعة من المشاركين في تقديم الخدمة الصحية للمستفيدين وهم المؤثرون على مدى تقبل المستفيد للخدمة الصحية كالأطباء، الإدارة ، الكادر التمريضي ـ الكادر الإداري ـ العاملين والذين تقع عليهم مسؤولية تحقيق حالة الرضا عن الخدمة والثقة فيها وتحقيق الراحة النفسية للمستفيد من الخدمة من لحظة دخوله المشفى وخلال عملية تقديم الخدمة له إلى لحظة مغادرته المشفى ومن ثم السعي لتحقيق الولاء للمشفى وكون الخدمة تتصف بتلازميتها فلا يمكن ان تقدم الخدمة الصحية

من دون وجود المستفيد من الخدمة ومشاركته في تقديمها فهو يعد شريك في تقديمها .

2-3- أسباب حاجات المستشفيات للتسويق :

عند التحدث عن المنظمات الصحية فإنه لابد من التميز ابتداءً في تعاملها مع المستفيدين على أساس التوجه الربحي أو غير الربحي ورغم هذا التوجه لا يعد الربح لدى المستشفيات في المقام الأول من ضمن سلم أهدافها بقدر ما تسعى لأن تقدم خدماتها الصحية إلى الجمهور في قمة هذه الأسبقية إضافة إلى البحث العلمي والتدريب والتعليم ورفع مستوى الوعي الصحي لدى طبقات المجتمع .[27]

ومن هذا المنطلق يمكن القول بأن المستشفيات سواء كانت هادفة للربح فهي بحاجة إلى التسويق لكونه الوظيفة التي تستطيع من خلالها إدارة العلاقة مع الجمهور وتنظيم سبل الاتصال المناسب والحصول على العوائد الكافية التي تساعدها على الاستمرار والبقاء وهناك عدد من الأسباب توضح حقيقة حاجة المستشفيات إلى التسويق وهي :

2-3-1- ارتفاع التكاليف :

مع الزيادة المتسارعة في تكاليف الخدمات الصحية بدأ التفكير بشكل جاد للبحث عن الطرق والأساليب التقنية للحد من معدل هذه الزيادة فكان التسويق هو الأداة المناسبة والمفيدة لإدارة وتقديم الخدمات الصحية والتأثير الإيجابي الذي يمكن أن يقدمه هذا النشاط للحــــد مــن الكلفة الباهظة التي يتحملها المشفى [28].

2-3-2- ازدياد المسطولية :

---

[27] ثامر بكري ، مرجع سابق، 2005 ، ص 48

[28] Barker,Lulie "Health care planing" 2005,p146

إن التشريعات والقوانين الموضوعة خلقت آلية في تقييم الخدمات الصحية المقدمة إلى الجمهور وعليه فإن المستشفيات مطالبة في تقديم المزيد من المعلومات لدعم ما يمكن تقديمه من خدمات صحية مضافة جديدة وهي مسؤولة عن جودة الخدمة الصحية المقدمة تحت طائلة المحاسبة القانونية في حال فشلت بخدمتها .

وعليه فإن التسويق يعد الوظيفة المناسبة عبر التقنيات المختلفة التي يمكن استخدامها في عمليات الاتصال ليكون قادراً على إيصال هذه المعلومات إلى الجمهور المستفيد من الخدمات الصحية المقدمة من قبل المشفى[29]

3-3-2 – زيادة الحاجة للخدمات الصحية :

من الضروري أن تضع مجالس إدارات المشافي في صلب اهتمامها الحاجة المتزايدة للخدمات الصحية من قبل المستهلكين (المرضى)وإن هذا الأمر يجب أن يصل إليهم ويوضح بذات الوقت من خلال إدراج هذا الاهتمام بالخطط والإجراءات المعتمدة من قبل إدارة المستشفى والذي يقوم بمهمة هذا التوضيح للإدارة والجمهور هو قسم التسويق في المستشفى المنوط بهذه المهمة [30].

4-3-2- ازدياد خصوصية الخدمات الصحية :

النجاح في تحقيق الأرباح من قبل إدارات المشافي المختلفة عن طريق تقديم الخدمات الصحية إلى الجمهور دفع البعض الأخر من المستشفيات إلى التميز في تقديم خدمات صحية جديدة ومنافسة وجعل من الضرورة بمكان أن يكون للتسويق دور أخر مهم في استكشاف الفرص التسويقية التي تساعد إدارة المشفى في مواجهة أخطار المنافسة الربحية .[31]

5-3-2- قياس درجة إرضاء المستفيدين من الخدمة :

يستطيع النشاط التسويقي أن يقدم لإدارة المستشفى العديد من المفاهيم والأساليب الفنية التي يمكنها من الاستجابة للطلبات التي يسعى إليها الجمهور في الحصول عليها من الخدمة الصحية . وذلك عن طريق القيام بإجراء مسوحات للسوق ، وبحث عن العملاء ، وقياس درجة الرضا المتحققة للمرضى المعالجين وهذه النتائج المتحققة يمكن أن تكون واضحة لإدارة المشفى عن الخدمات الضرورية والناجمة عن تلك الخدمات الأخرى المقدمة .

6-3-2- الاستثمار الأفضل للموارد :

من خلال التسويق تستطيع إدارة المستشفى قياس إجمالي الطلب المتحقق على الخدمات الصحية وكذلك مستوى الجودة في الخدمات المقدمة من قبل المشافي الأخرى وإقرار أي من هذه الخدمات التي يجب أن تقدم بفاعلية أفضل لمواجهة الاحتياجات القائمة في السوق... وهذه المعلومات وغيرها يمكن أن تقدم من خلال التسويق لمتخذي القرار للمساعدة على تحقيق الموارد البشرية والمادية المستخدمة من قبل المشفى وبشكل فاعل وكفء.

7-3-2- التغير في طبيعة العلاقة بين المريض والطبيب :

---

[29] Kotler &other "Marketing for hospitality" ,1999,p87

[30] فلدستن،بول"اقتصاديات الرعاية الصحية" ،2003،ص101

[31] ثامر بكري ، مرجع سابق، 2005 ، ص 49

أصبح المريض أكثر تأثيراً وإسهاماً في القرارات المتخذة حيال الخدمات الصحية المقدمة من حيث الخيارات المتعلقة في الكيفية والمكان وماهية الخدمات المقدمة وعليه فإن التسويق وعبر أنشطته المختلفة يستطيع أن يمد من أواصر العلاقة بين الطبيب والمرضى وزيادة الوعي والإدراك عبر المعلومات المقدمة لهم عن الخدمات الصحية البديلة التي يمكن تقديمها .

2-3-8- زيادة الاهتمام بالوقاية الصحية :

مازال أغلب المرضى يبحثون عن الخدمات الصحية على أساس أنها خدمات علاجية إلا أنه عن طريق اعتماد التسويق تستطيع إدارة المستشفى من زيادة الخدمات الوقائية المقدمة للمرضى وهذا من شأنه أن يقلل من عدد الحالات المرضية التي تستقبلها المستشفى وبالتالي يقلل الكلفة الكلية المترتبة على العلاج الصحي نتيجة زيادة الوعي الصحي والوقاية من الأمراض .

2-3-9- الفائض المالي المتحقق :

نتيجة لتعامل المستشفى وتقديمها الخدمة الصحية إلى الجمهور فإنها ستحقق عوائد مقابل ذلك وهذه العوائد من شأنها أن تتراكم وتزداد طالما كانت المستشفى ناجحة في عملها إلا أن هذا العائد المتحقق لا يبقى مجمداً في خزائن المستشفى ولا شك بان التسويق سيكون الأداة المناسبة للبحث عن الفرص التسويقية المناسبة لذلك الاستثمار والسعي الجاد لتحقيق تلك الأهداف الموضوعة في ظل نية التنافس السائدة في السوق .[32]

2-4- أهمية التسويق للمستشفيات :

يمثل التسويق أهمية كبيرة لأي مستشفى يسعى لأن يبقى ويزدهر فالمستشفيات اليوم بحاجة إلى مداخل فاعلة في إدارتها والتسويق هو أحد هذه الأدوات التي تجعل المستشفيات تحقق أهدافها بصورة أكثر كفاءة وفاعلية وبأقل كلفة ممكنة ومشكلات محتملة .

فالتطبيق السليم لمبادئ التسويق يمكن أن يساهم مساهمة كبيرة في استخدام موارد المستشفى بالأسلوب الأمثل فضلاً عن أن التسويق يجهز إدارة المستشفى بأسلوب علمي من شأنه أن يجعل الخدمات الصحية المقدمة التي هي بحاجة إليها ، كما أن التسويق يعرف المستشفى على أسواقها والتغيرات التي تطرأ فيها فتستطيع بذلك تقدير حجم الطلب على خدماتها وجعلها في موقف

أفضل

اكتشاف الفرص التسويقية التي من الممكن استغلالها ويحسن إمكاناتها في إشباع حاجات ورغبات زبائنها ويعزز قدرتها في الاستجابة لمتطلبات واهتمامات المجتمع وبالتالي تحقيق أهدافها العامة في البقاء والاستمرار والتطور والنمو والمسؤولية الاجتماعية .

2-5- المزايا والفوائد التي يحققها التسويق للمستشفيات :

---

[32] تامر بكري ، مرجع سابق، 2005 ، ص 50

2-5-1- تحسين الرضا للعملاء في السوق المستهدف :

يعمل عدد كبير من المستشفيات في بيئة تنافسية معقدة فضلاً عن افتقار هذه المستشفيات للمهارات التسويقية اللازمة لتطوير وتحسين الرضا عن الخدمات المقدمة إلى أسواقها ومرضاها وهذا ما ينتج عنه نسبة قليلة في عملية تكرار البيع والاستخدام للخدمات الصحية من قبل المرضى كما أن بعض المستشفيات تعمل في بيئة يكون فيها الطلب على الخدمة الصحية أكثر من العرض وإن مثل هذه المستشفيات تفقد الدافعية لإرضاء أسواقها وربما تقوم بتقديم خدمات غير مرضية قد يتقبلها المرضى إذ ما اعتقدوا بعدم وجود البديل .[33]

2-5-2- تحسين كفاءة الأنشطة التسويقية :

يركز التسويق كثيراً في نمط الإدارة العقلانية والتنسيق من أجل تطوير المنتج والتسعير والاتصالات والتوزيع إذ أن كثيراً من المستشفيات غير المتجهة للتسويق تضع قراراتها بمعرفة غير كافية مما ينتج عنه إما زيادة في التكلفة أو أثر ضعيف لخدمة ذات كلفة معينة وبسبب أن مخرجات المستشفيات تتأثر بكل الأنشطة المباشرة وغير المباشرة المرتبطة بالخدمة الصحية فإن التسويق يزود الإدارة بمدخل علمي يجعلها تنفذ الحد الأعلى من الكفاءة والفاعلية في الأنشطة التسويقية فضلاً عن التنسيق المستمر فيما بينها .

2-5-3- تحسين جذب العملاء واستثمار الموارد التسويقية :

المنظمات الصحية ومن خلال استخدامها للتسويق كمفهوم وعملية إدارية فإنها ستحاول قدر الإمكان إرضاء زبائنها والأسواق الصحية التي تتعامل معها لغرض جذب الموارد المختلفة (أطباء – كادر تمريضي – المستخدمين – المعلومات – الأموال – دعم المجتمع ... الخ) .

2-5-4- جعل المنظمة الصحية أكثر تحسساً لحاجات المجتمع الصحية :

وذلك من خلال متابعتها عملية استقصاء آراء المرضى وقياس درجة رضاهم هي من صلب عمل وظيفة التسويق فهي العنصر الرئيسي لعملية تسيير التغذية العكسية بين المرضى والمنظمات الصحية وهذا ما يمكن المستشفى من أن تكون أكثر تحسساً إلى حالة المنافسة في السوق مما يساعدها على تطوير خدماتها بما يواكب التغيرات والتطورات الحاصلة .

2-5-5- – تحسين سمعة المستشفى والصورة الذهنية عنها :

يعمل التسويق على تحسين صورة المستشفى وجعلها في وضع متميز ولائق في السوق الصحي فبإدخال المفاهيم التسويقية في عمل المستشفيات فإن ذلك يجعلها تنغمس أو تتجه كلياً بأفكارها نحو جميع الأفراد مما يجعلها بوضع لائق ومتميز في السوق فضلاً عن سعيها للبحث عن تلك الميزات التنافسية التي تتمكن من خلالها تقديم أفضل الخدمات للجمهور .

2-5-6- زيادة الولاء لعملاء وموظفين المستشفى :

---

[33] ثامر بكري، مرجع سابق، 2005 ، ص 51

يمكن التسويق المستشفيات من أن تكون مرضية أكثر للمرضى والأطباء والكادر التمريضي والمستخدمين أي أنها تكون مرضية لطرفي الخدمة ومن ثم يؤدي ذلك إلى زيادة ولائهم للمستشفى وانتمائهم إليها .

2-5-7- إيجاد نظام تسويقي يمكن المستشفيات من أن تضع السياسة السعرية المناسبة للخدمات الطبية والصحية التي نقدمها .[34]

2-5-8- تمكين إدارة المستشفيات من خلق أنظمة أكثر فاعلية في توزيع وتقديم الخدمات وإيصالها إلى المستفيدين منها .

أي أن التسويق يساعد المستشفيات على وضع واستخدام السياسات التسويقية الملائمة وكل ذلك لخدمة المرضى والمجتمع وزيادة رضاهم وولائهم للمستشفى بالإضافة إلى زيادة رضا مقدمي الخدمة في المستشفى وبالتالي تنمية انتمائهم لها وكل ذلك يؤدي إلى زيادة جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفى .

2-6- خصائص التسويق الصحي :

بات من الواضح بأن التسويق نشاط يمارس من قبل منظمات الأعمال جميعها ، طالما كانت بتماس مباشر مع البيئة التي تعمل بها وتهدف بذات الوقت إلى البقاء والاستمرار ومن هذه الرؤية فإن الأمر قد امتد إلى وجود التسويق في منظمات أخرى خدمية ومن ضمنها المستشفيات . ولكن التساؤل الذي يثار هنا هو، هل أن النشاط التسويقي متماثل في جميع المنظمات سواء الهادفة للربح أو غير الهادفة للربح . [35] و عليه فإن النشاط التسويقي يمتاز بعدد من الخصائص و هي :

1- تقوم المستشفيات بإنتاج خدمات أكثر مما هو عليه من إنتاج السلع والخدمات كما ذكرنا عن خصائصها بأنها غير ملموسة و التباين و الهلاك و التلازم و عدم التملك وعليه فإن المجاميع الطبية ستتأثر إلى حد كبير في عملية تسليم الخدمة إلى المنتفعين منها مباشرة ، أو عبر الكادر التمريضي . كما أن نوعية الخدمات الصحية المقدمة ستختلف تبعاً لاختلاف المنتفعين فيها فضلاً عن عدم إمكانية خزن هذه الخدمات وتقديمها عند الطلب عليها .

وبناء" على ذلك فإن مسوقي الخدمة الصحية عليهم أن يضعوا في اعتبارهم هذه الخصائص التسويقية للخدمات الصحية في أذهانهم عند وضع الخطط وإعداد وتطوير استراتيجيات التسويقية للمشفى . وأكثر من ذلك فإن منتج الخدمة والمستفيد منها يتواجدان معاً في وقت واحد

ويتشاركان معاً في تقديم الخدمة الصحية وذلك من خلال تقديم المعلومات للطبيب المعالج عن

حالته واستعداده للاستجابة لإرشاداته بعد تشخيص الحالة والالتزام بالعلاج لكي يتم استكمال إنجاح تقديم الخدمة الصحية .

2- تمتاز المستشفيات بكون خدماتها عامة وموجهة إلى عموم الجمهور باتجاه تحقيق المنفعة لهم . لذلك فإن المستشفيات مطالبة دوماً من قبل الجمهور بالحصول على خدمات مختلفة وبما

---

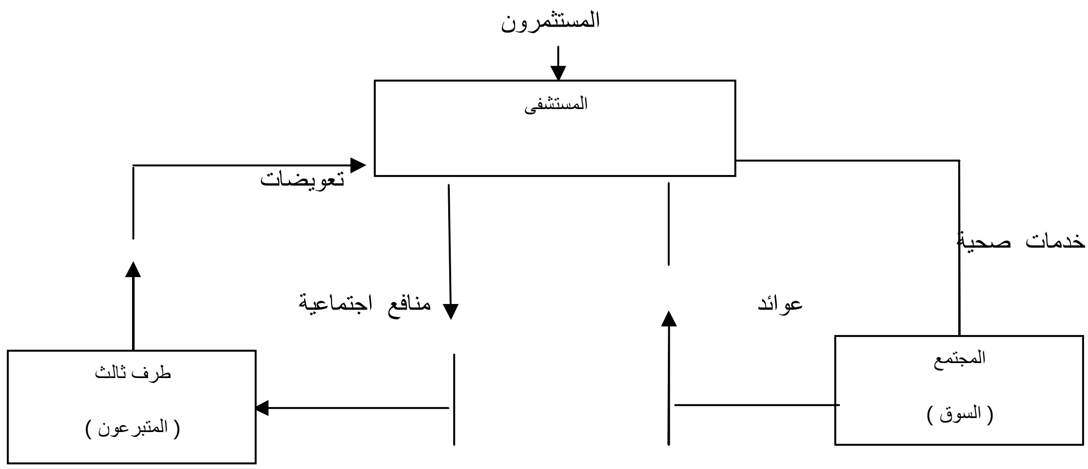
[34] عبد الرزاق ،مصطفى ،"تسويق الخدمات" ،2004 ،ص151

[35] تامر بكري ، مرجع سابق، 2005 ، ص 53

يتوافق مع تحقيق رضاهم وإشباع حاجاتهم . وعليه فإن التسويق سيكون مطالب بمزيد من التفاعل والتواصل مع الجمهور الواسع والمتعدد الأنماط والحالات .

3- معظم المبالغ التي تحصل عليها المستشفيات يكون مصدرها في الغالب طرف ثالث (الدولة – شركات التأمين – النقابات ...الخ) سواء أكان ذلك المبلغ في أغلبه أو جزء منه. ويوضح الشكل (3) آلية عمل المستشفى في تقديم خدماتها للمجتمع ، ولتحصل مقابل ذلك على عوائد .

4-المستثمرون : بقصد الربح:



الشكل (3)آلية عمل المستشفى في تقديم خدماتها للمجتمع وإسهاماتها الطرف الثالث في تمويل المستشفى المصدر معدل [36]

إن المستشفى تحصل على عوائد نتيجة خدمتها للمجتمع وفي نفس الوقت تحصل على تعويضات من الطرف الثالث لتغطية النقص الحاصل في الموارد أو باتجاه زيادة الإمكانات لديها أي المستشفى وذلك لأغراض التنويع أو التطوير في الخدمات الصحية المقدمة.

ونتيجة لذلك أصبح العديد من المستهلكين أقل حساسية تجاه الأسعار قياساً بما هو عليه في المجالات الأخرى من الأعمال لأنه في الغالب لا يكون مسؤولاً عن كل أو جزء من النفقات المترتبة في حصوله على الخدمة الصحية وعليه فإن الأفراد لن يكونوا راغبين في الحصول على خدمات صحية عالية تفوق حاجاتهم الفعلية .

5-تؤثر القوانين والتشريعات الحكومية بشكل كبير على اختيار المستشفى للاستراتيجيات التسويقية التي من الممكن اعتمادها . بل إنها في بعض الأحيان تملي عليها بعض السياسات في التعامل مع أنواع محددة في الخدمات الصحية أكثر مما أن تكون حرة في تقديمها من عدمه .

6-الصلاحية وقوة القرار في منظمات الأعمال تكون مرتبطة بيد شخص واحد أو مجموعة أشخاص يمثلون قمة المنظمة .أما في أغلب المستشفيات فإن هذه الصلاحية والقوة التنظيمية

[36] تامر بكري ، تسويق خدمات صحية ، 2005 ، ص 55

يمكن أن تكون موزعة بين طرفين احدهما الإدارة والثاني الكادر الطبي والتمريضي . وهذا التوزيع من شأنه أن يحدث نوع من التعارض أو المشكلات في إخبار الاستراتيجيات التسويقية الممكنة التطبيق لأن أي إستراتيجية يتم اختيارها من طرف معين قد تكون متعارضة مع رغبات الطرف الأخر وهذا من شأنه أن يجعل إدارة التسويق ونشاطها المؤدى في المستشفى موضع إرباك وتأثير بنتائج هذا الصراع فعليه أن يوفق بين الأطراف وأن تكون قراراته نتيجة لتوافق أطراف الخدمة في المشفى .

7-تمتاز الخدمات التسويقية بسمة القرب من العملاء أي أن العملاء يرغب في أن يكون موقع تقديم الخدمة قريب منه ، إلا أن الأمر في الخدمات الصحية المقدمة من قبل المستشفيات تمتاز بأكثر من ذلك ، ويؤثر النجاح التسويقي لتقديم الخدمة على ذلك ومن هذه المؤشرات هي :

أ- **درجة القرب :** ويقصد بها درجة قرب المستشفى من المستفيدين من خدماتها فكلما كانت قريبة من المستفيدين كلما تؤثر قوة الاستجابة للخدمة الصحية المطلوب تقديمها .

ب- درجة التباعد : ويقصد بها مقدار الانتشار الجغرافي والاتساع في تقديم الخدمات الصحية والذي يؤشر بذات الوقت على حجم المسؤولية والمهام الملقاة على عاتق المستشفى في تسويق خدماتها إلى المستفيدين منها على مستوى البلد ويؤثر ذلك في مجال خلق التوعية الصحية والإرشاد الصحي للمناطق البعيدة عن المستشفى واستجابتهم لتلك البرامج المعدة [37].

ج – الدرجة الزمانية والمكانية : إن الخدمات الصحية تمتاز إلى حد ما بتذبذب الطلب عليها من قبل المستفيدين ، سواء كان ذلك خلال ساعات اليوم الواحدة أو أيام الأسبوع ، أو حسب المواسم ولاسيما فصلي الشتاء والصيف والتي تكثر فيها أنواع محددة من الأمراض الشائعة (الأنفلونزا – الرشح – الإسهال – المغص المعوي ...الخ) وبالتالي فإن المستشفى يمكن أن تقدم خدماتها في الداخل أو الخارج عندما يستوجب خروج الكادر الطبي والتمريض إلى موقع الحدث كما هو الحال في حملات التلقيح أو مواجهة الأوبئة أو الحالات الكوارث أو الأحداث المفاجئة .

د- درجة التخصص وتكاملها : ويقصد بها أن الخدمة الصحية في اغلب الأحيان لا تقدم من طرف واحد ، بل يمكن أن يشترك غير طرف في تقديمها . كما هو الحال بالنسبة للطبيب ومن ثم الكادر التمريضي ومن المستخدمين للخدمات الفندقية ويمكن أن يشرف على الحالة أكثر من طبيب وذلك بسبب تعقدها أو تداخلها وهذا يعني بأن نجاح الخدمة الصحية وتسويقها

[37] تامر بكري ، مرجع سابق، 2005 ، ص 56

بتكامل مابين عدد من الأطراف المنتجين للخدمة بتناغم وتناسق يؤدي إلى رضا المستفيدين من الخدمة ورضا مقدم الخدمة نفسه .

8-المعايير الاقتصادية : يكون من الصعب في كثير من الأحيان تطبيق المعايير الاقتصادية البحتة عند تقديم الخدمات الصحية وذلك باعتبارها تنصب أساسا نحو الإنسان وهو أعلى قيمة من كل شيء.وبالتالي لا يمكن وضع الموازنة الربحية البحتة مقابل الخدمات الصحية التي يستوجب أن يحصل عليها المريض . إلا أن هذا لا يمنع من القول بأن المستشفيات مطالبة بأن تحقق عوائد مضافة وليس بهدف تحقيق الربح المجرد . بل لأغراض إعادة الاستثمار في مجال تقديم خدمات صحية بنوعية أفضل وبتعدد أوسع لشمول أكبر عدد من المرضى .

9-تقليص حجم المرفق الطبي : يهدف الحد من حجم المنظمات الصحية إلى التخلص من السعة الزائدة مع التركيز على تحسين جودة العملات التشغيلية فالعديد من المنظمات تسعى إلى الحجم الصحيح الذي يوفر المزية التنافسية (الاقتصادية) المثلى مع العمل في الوقت ذاته على تعزيز قدراتها على خدمة أسواقها .[38]

2-7- عوامل نجاح تسويق الخدمات الصحية:

يعتمد نجاح تسويق الخدمات الصحية على عدد من العوامل :[39]

1- الارتقاء بمستوى عناصر المزيج التسويقي .

2- الاستفادة من مفاهيم بحوث التسويق وقواعده ونتائجه عند تصميم الخدمة الصحية .

3- إعطاء موضوع التسويق أولوية في النظام الإداري للمنظمة الصحية.

4- إتاحة الفرص بجميع وحدات التشغيل في المنظمة للتدريب والتعليم في مجال التسويق عن طريق الممارسة .

5- تجديد الإمكانات والطاقات لخدمة العميل وإرضائه .

6- اختيار المزيج الترويجي المناسب لطبيعة الخدمات الصحية .

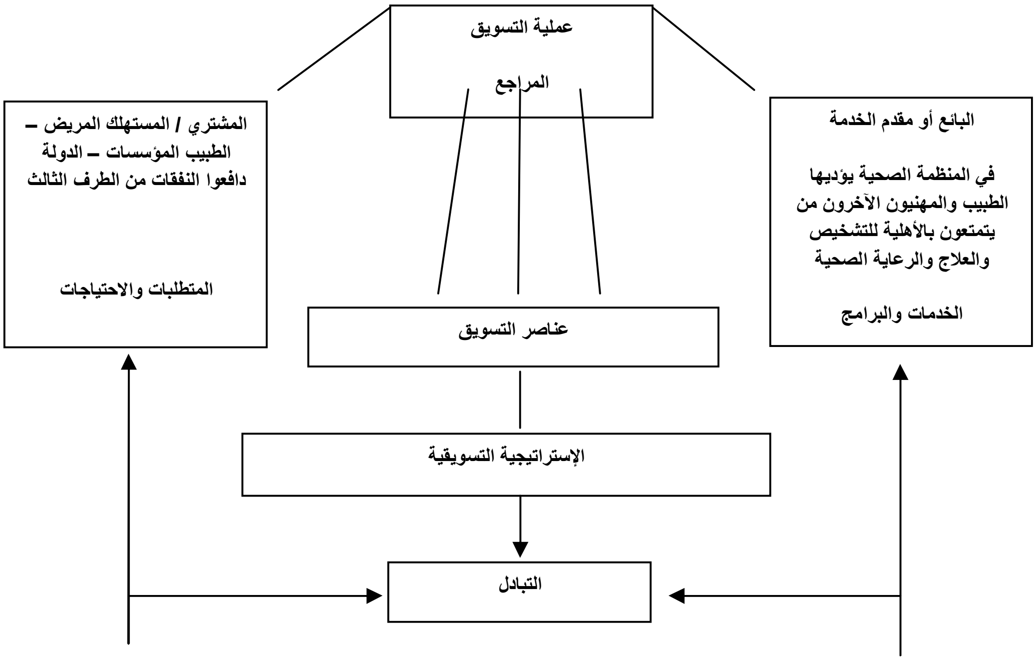
7- الاهتمام بالمظاهر الخارجية والديكور الداخلي ومظهر العاملين في المنظمات الصحية لما لها من خصائص ترويجية مؤثرة في تكوين انطباعات ذهنية ترويجية مرغوبة .

---

[38] طلال الأحمدي ، مرجع سابق ، 2004 ، ص 291

[39] طلال الأحمدي ،مرجع سابق، 2004 ، ص 293

آلية التسويق في المشفى :يوضح الشكل (4) كيف تتم عملية التسويق في المستشفى بناءً على العوامل المؤثرة في عمل المستشفى إن كانت داخلية أو خارجية فالعملاء الرئيسين للمستشفى هم المرضى و الأطباء مع العلم أن الأطباء يلعبون دوريين و هما دور مقدم الخدمة من جهة و دور المستفيد من الخدمة من جهة أخرى بالإضافة إلى أطراف أخرى طالبة للخدمة منها المؤسسات الخيرية و الجهات الحكومية



الشكل (4)المصدر بتصرف (آلية التسويق بالمستشفى) [40]

[40] طلال أحمدي ، مرجع سابق ، 2002 ، ص 277

المبحث الثالث : البيئة التسويقية للخدمات الصحيّة

3-1- تمهيد :

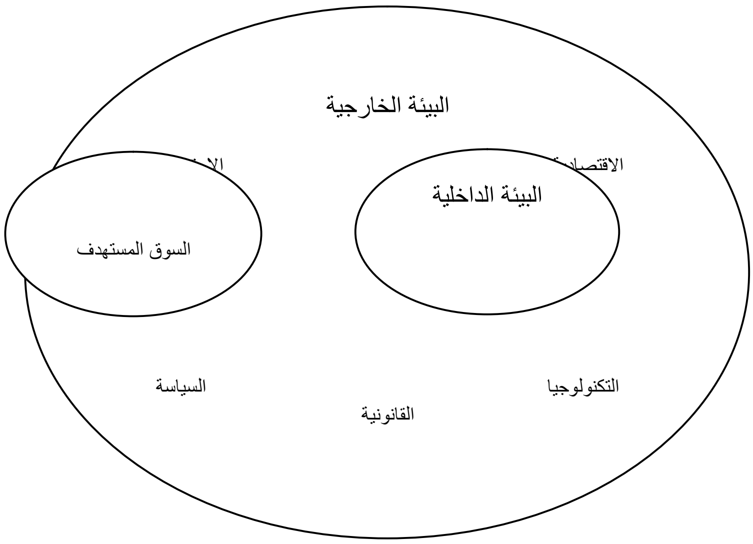
المستقبل ذلك الشيء الذي دائماً ما نتخوف منه وذلك دائماً ما نلجأ للتنبؤ به في محاولة منا لأن نكسب الفرص المحتملة فيه وأن نتجاوز ونتعدى المخاطر التي من المحتمل أن يحملها في حياته.ولذلك فان أي نظام يرغب بالبقاء والاستمرار فلا بد له أن يتكيف مع البيئة المحيطة به ومع المتغيرات التي تحدث فيها، إن المتابعة والمسح المنتظم للعوامل والمتغيرات في البيئة الخارجية المؤثرة على المنظمة يقدم قاعدة من البيانات المهمة عند وضع إستراتيجية المنظمة واستراتجيات التسويق ومن هنا تبدأ حملة بحوث التسويق التي تدعم المنظمة بجميع البيانات والمعلومات التي تساعدها على اتخاذ قراراتها الإستراتيجية .

2-4- تعريف البيئة التسويقية:

إن النجاح التسويقي يعتمد على تطوير المزيج التسويقي الذي يتناسب مع الاتجاهات والتطورات التي تحدث في البيئة التسويقية.[41]

وقد عرف كوتلر البيئة على إنها((**مجموعة القوى الخارجية لوظيفة إدارة التسويق في المؤسسة والتي تؤثر على قدرة الإدارة التسويقية في التطوير والحفاظ على عمليات التبادل مع عملائها المستهدفين**))[42]

فالبيئة تتألف من القوى الخارجية التي تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على قدرة المؤسسة بالحصول على مدخلاتها (معلومات ـ عملاء ـ موارد ـ.....) وقدرتها على تسويق مخرجاتها (سلع ـ خدمات ـ أفكار). إن هذه القوى تخضع لتغيرات كبيرة وممكن أن تكون سريعة أو بطيئة ويتولد عن هذا التغيير في القوى الخارجية تهديدات أو الفرص للمنظمة وعلى مديري التسويق في المنظمة أن يستشعروا هذه الفرص أو التهديدات ويعملوا على الاستجابة لها بشكل يؤدي إلى اقتناص الفرص للمنظمة ومواجهة التهديدات بأقل التكاليف والعمل على تحويل هذه التهديدات إلى فرص من خلال الاستراتجيات التسويقية الناجحة والمصممة بشكل ملائم.



الشكل (5) المصدر بتصرف البيئة التسويقية[43]

[41] هاني منصور – تسويق الخدمات – دار اليازوري- عمان 2005 ص /78/

[42] هاني منصور – مرجع سابق، عمان 2005 ص /78/

ومن أجل مراقبة التغييرات في البيئة التسويقية بفعالية فإن مديري التسويق ينشغلون في التحليل والغربلة التسويقية فالغربلة تعني جمع المعلومات عن القوى المؤثرة في البيئة والتحليل يتضمن الملاحظة والمعلومات الثانوية من الجهات الأخرى (مؤسسات – اتحادات – بحوث) فعملية التحليل البيئي هي عملية تقييم وتفسير المعلومات التي تم جمعها من خلال الغربلة .

ومن خلال هذا التقييم فإن المديرين يكونون قادرين على تحليل الفرص والتهديدات المحتملة المرتبطة بالتطورات البيئية .

3-3- الاستجابة لقوى البيئة التسويقية:

إن مديري التسويق قد يختارون مدخلا" واحدا" من مدخلين إما قبول قوى البيئة كعوامل غير مسيطر عليها تؤثر وتشكل سلوك مؤسساتهم أو يحاولون الاستعداد للتأثير عليها.

فعندما يرى المسوقون أن قوى البيئة عوامل غير مسيطرة عليها فان تصرفاتهم اتجاه البيئة تكون مجرد ردّة فعل وغير مخطط لها فيعملون على تكييف استراتيجياتهم التسويقية وفقاً لتغيرات البيئة تجنباً للمخاطر.

أما المسوقون الذين يعتقدون بأن قوى البيئة يمكن تشكيلها فهم يتبنون مدخلاً إيجابياً مخطط له فعلى سبيل المثال: إذا كان السوق منغلقاً بسبب القيود البيئية التقليدية فان مديري التسويقي قد يمارسون مهارات اقتصادية ونفسية وسياسية ليتمكنوا من الدخول لهذا السوق .

ولكن يجب أن يدرك مديري التسويق أن مدى إمكانية التأثير على قوى البيئة هي محدودة ولا يمكن تحديد أي من هذين المدخلين هو الأفضل من الأخر، عن الاختيار بين هذين المدخلين يعتمد على فلسفة المنظمة الإدارية والأهداف والموارد والعملاء والمهارات الإنسانية.

4-3- العوامل البيئة الكلية:

تتأثر المنظمات بالعوامل الخارجية في بيئتها على الرغم من إمكانية بعض المنظمات الخدمية الكبرى على التأثير على عدد من هذه العوامل ولكن تبقى هذه العوامل خارجة عن سيطرة المنظمات الخدمية بشكل مطلق وهذه العوامل هي:

1- العوامل الديموغرافية:

تمثل العوامل الديموغرافية مجموعة المتغيرات السكانية مثل (تركيبة العمر،الجنس، الأسر ،التوزيع الجغرافي للسكان،التعليم،المهن....)هذه المتغيرات تؤثر بشكل واضح على العرض والطلب من الخدمات فالعمر وتركيبته يؤثر على حد كبير على جودة الخدمات التي يمكن التعامل بها كالخدمات الصحية.

وقد حدث في البيئة الديموغرافية تغيرات كبيرة وخصوصاً خلال العقد الأخير فلقد زاد حجم السكان وارتفع مستوى التعليم واختلفت التركيبة الطبقية في المجتمع بالإضافة على توقعات الحياة والعناية بكبار السن كل ذلك أوجد فرصا للمنظمات الخدمية الصحية لتقديم خدماتها لهذه الشرائح ونشر الوعي الصحي لديهم.

---

[43] نادية عارف ، إدارة إستراتيجية ، 2005

2- العوامل الاجتماعية:

((إن ازدياد الخدمات هو نتيجة لنمو الاقتصاد وان التغيرات الاجتماعية تساعد على نمو الخدمات فالكشف عن العوامل الثقافية يعد أكثر صعوبة من تحليل العوامل البيئية الأخرى فالعوامل الاجتماعية والثقافية ليس من السهل تسجيلها وتبويبها في إحصائيات فهي ترتبط بالتطورات البيئية الأخرى .

فالبيئة الاجتماعية تتضمن الثقافة والقيم الاجتماعية والاتجاهات والأنماط السلوكية والعادات والتقاليد التي تشكل طريقة حياة مجتمع ما)).[44]

إن التطورات الاجتماعية لها تأثير على الطلب على الخدمات هذه التطورات تشتمل على التزايد والاهتمام بالأمن والحماية والصحة مما زاد الطلب عليها .

ومن أهم التطورات الاجتماعية:

1- **تزايد عدد النساء العاملات:** خارج المنازل مما أدى إلى زيادة وتحسين القوة الشرائية للأسر وبالتالي زاد الطلب على الخدمات التي توفر الوقت.

2- **الدخل المزدوج :** لقد ازدادت العائلات التي تعتمد على دخل الزوج والزوجة معاً.

3- **العوامل التكنولوجية :** هناك نمو متزايد في الاستخدامات التكنولوجية في كل المجالات في حياة الناس العاديين وفي حياة المنظمات الاقتصادية .

إن التطورات التكنولوجية الحديثة والهائلة لها أثر كبير على المنظمات الخدمية ولا يمكنها أن تتجاهل هذا الوضع الجديد والمتجدد والناتج عن التطور التكنولوجي فالمنظمات الصحية تستطيع أن تقدم خدمات الفحص التشخيصي عبر الحاسوب بالإضافة إلى الأجهزة الحديثة كأجهزة المعالجة بالليزر وبالأشعة.

إن تكامل تكنولوجية المعلومات والاتصالات الالكترونية يعني فتح آفاق جديدة لمقدمي الخدمة الصحية فلقد أصبح ربط جميع أقسام المنظمة ببعضها البعض من خلال شبكة اتصال معلوماتية داخلية وذلك يساعد على رفع كفاءة المعاملات وزيادة الإنتاجية وتحسين الرقابة على عمليات التشغيل .

4- **العوامل الاقتصادية :** إن وضع الاقتصاد يؤثر على حجم الإنفاق فعلى المسوقين دراسة أثر الظروف الاقتصادية على قرارات المستهلكين الشرائية فالبيئة الاقتصادية التسويقية تتألف من العوامل المؤثرة على القوة الشرائية للمستهلك واستراتيجيات التسويق وهي تتضمن الدورة التجارية والبطالة وتوفر الموارد ومستوى الدخل فالنمو الثابت والمتواصل في مجمل الناتج القومي يخلق فرصاً أمام المنظمة الخدمية الصحية فالمستهلك من المحتمل أن يكون قادراً على الإنفاق أكثر فيمكن إطلاق حملة صحية هدفها زيادة المناعة لدى الأفراد اتجاه أمراض معينة أو حملات الفحص الكامل كما أن الفرص التسويقية تظهر في حال تدهور الوضع الاقتصادي وذلك بالنسبة لخدمة الضمان الصحي .

5- **البيئة القانونية:**إن تجاهل القوانين والأنظمة والتعليمات أو الفشل في الانصياع إليها سيؤدي إلى وضع صورة المنظمة بشكل محرج أمام الرأي العام ويمكن أيضاً أن تعرض نفسها للمسؤولية القانونية فعلى المسوقين فهم الإطار القانوني لقراراتهم التسويقية فهناك العديد من التشريعات والأنظمة التي تحدد سلوك

---

[44] - محمد زاهر دعبول – تسويق الخدمات – 2003 ص /475/

المنظمات في التعامل مع المجتمع فالاتجار بالأعضاء البشرية محظور في أغلب التشريعات فلا يستطيع مسوقي الخدمة الصحية استغلالها في ممارساتهم التسويقية واستراتيجياتهم .

ويجب أن تحاول المنظمات الخدمية التأثير على الأنظمة بطريقة غير مباشرة من خلال جهودها في البناء والحفاظ على صورة محببة لدى الرأي العام عنها وعن مساهمتها في المجتمع إن تخفيض التشريعات على المنظمات الخدمية يؤدي إلى تخفيض الأسعار وعرض أفضل للخدمات ويؤدي إلى تغير الصناعة الخدمية وزيادة إرضاء العملاء.

6ـ **البيئة التنافسية:** إن ما يجري في السوق من تفاعلات بين المنظمات مع بعضها البعض بهدف إشباع حاجات المستهلكين يخلق ما يسمى بالبيئة التنافسية فالقرارات التسويقية التي تتخذها كل منظمة تؤثر على استجابة المستهلك للسوق كما أنها تؤثر على استراتيجيات على استراتيجيات التسويق للمنافسين وعلى ذلك فعلى المسوقين أن يراقبوا الأنشطة التسويقية لمنافسيهم ومنتجاتهم وأسعارهم وسياستهم الترويجية.

3-5-أنواع المنافسة:

إن المسوقين في قطاع الخدمات يواجهون ثلاثة أنواع من المنافسة:

3-5-1- المنافسة المباشرة التي تحدث بين المنافسين للخدمات المتشابهة :

لذلك يحتاج المسوق لتميز خدماته عن المنافسين المباشرين عند تقييم البيئة التنافسية إن اللاملموسية في الخدمة تعقد وظيفة التسويق وعلى مسوقي الخدمات النظر إلى ما هو وراء المنافسة المباشرة وتقييم تأثير المنافسة غير المباشرة مثل الطب البديل الذي ينافس الطب الفيزيولوجي والطب الصيني والخيارات الأخرى .

3-5-2- المنافسة مع قطاع السلع أو الخدمات البديلة:

إن المنافسة المباشرة بين السلع والخدمات هي ضرورية لكن المنافسة بين السلع والخدمات عادة هي بين تلك التي تقدم نفس الإشباعات الرئيسية فالمريض الذي يذهب عادة إلى المخبر لتحليل السكر قد يختار أن يشتري جهاز لفعل ذلك في منزله فالعملاء عادة يشبعون حاجاتهم الخدمية من خلال السلع البديلة ففي معظم الحالات يكون مشتري السلع مخيراً بين شراء المنتج أو الحصول عليه كخدمة من طرف آخر فهناك بديل آخر هو "اصنعها بنفسك" وهو الذي يصعب من مهمة مسوق الخدمة فمسوق الخدمات ليس فقط عليه التغلب على الاعتراض الطبيعي للمشتري بل عليه أن يتغلب عليه أيضاً أي على رغبة المشتري في أداء الخدمة بنفسه وعدم تشجيعه على ذلك فالمستهلك من المحتمل أن ينجز الخدمة بنفسه إذا كانت المهارة المطلوبة نسبياً منخفضة أو يتوفر لديه الوقت الكافي لفعل ذلك.

3-5-3ـ المنافسة الواسعة:((وهي التي تحدث بين جميع المنظمات فالاقتصاديون رأوا المنافسة على أنها معركة بين المنظمات في صناعة واحدة أو بين المنظمات التي تنتج سلعا أو خدمات بديلة فالمسوقون عليهم أن يقبلوا بان جميع المنظمات تتنافس على القوى الشرائية لدى المستهلك ولان البيئة التنافسية تحدد نجاح أو فشل المنتج فان عليهم باستمرار تقييم استراتيجيات المنافسين ومراقبة الخدمات والتطورات الجديدة والتكنولوجيا والأسعار والترويج)).

المبحث الرابع : تحليل سلوك المستفيد من الخدمات الصحية

4-1- تمهيد :

إن المنظمات الصحية وجدت لخدمة العميل من كل الجوانب الصحية التي هو بحاجة إليها حالياً ومستقبلاً لذلك فإنها تقف مستعدة للاستجابة لطلبات المرضى عند الحاجة لأية خدمة صحية (تشخيصية،علاجية،وقائية)ولأن الخصائص المميزة للخدمات الصحية ينتج عنها بعض الفروقات في سلوك المستخدم يجد أمامه مجموعة كبيرة من الخيارات التي يحتاج للاختيار منها لإشباع حاجته الصحية لذلك لابد من تحديد المستخدم وسلوكه الشرائي للخدمة الصحية من خلال العوامل التي تؤثر في قراراته ومراحل عملية الشراء.

4-2- ضرورة فهم سلوك العميل (المريض) عند الاختيار :

يجد المستهلكين سهولة اكبر في تقييم السلع بالمقارنة مع الخدمات فالسلع يمكن لمسها ومشاهدتها وتجريبها ولكن ليس من السهل إعطاء مثل هذه التقييمات للخدمات ويرى zeilhanal أن الخدمة تركز على خواص الخدمة والتي لا يمكن لمسها والتمتع بها إلا بعد الانتفاع منها وخواص التصديق والتي ينبغي على المنتفع منها أن يأخذ من منطلق الإيمان بها لأن الخدمة قد تتضمن خواص يصعب تقيمها حتى بعد الانتفاع منها.

وعلى الرغم من أن وسائل خدمة الواجهة الأمامية والقائمين على تقديم الخدمة هي عناصر مرئية إلا أن هذه العناصر هي عناصر تشغيلية ضرورية لإنتاج الخدمة . إن الخدمة الفعلية هي تصرف أو أداء ولا يمكن تغليفها أو تعبئتها وأخذها إلى المنزل ومن الصعب تحديد طبيعة الخدمة .

إن هذه المشكلة تعد من المشاكل التي تواجه المنتفعين الجدد أو الذين لم يجربوا الخدمة ممن يفتقرون إلى الخبرة المسبقة حول الخدمة.))[45]

ومن النقاط التي تواجه تفكير المنظمات الخدمية نحو معرفة سلوك مشتري الخدمة ما يلي :

أولاً- إدراكات الشراء لدى المستفيد الخدمات:

1- يرى المستهلكون أن جودة الخدمة ليست ثابتة كجودة السلعة .

2- يرى المستهلكون أن شراء الخدمات ينطوي عليه مخاطر أكبر من شراء السلع.

3- إن شراء الخدمة ينطوي على متعة أقل قياساً من شراء السلع.

4- يولي مستهلك الخدمة اهتماماً أكبر لمورد الخدمة.

ثانياً- محددات سلوك الشراء لدى مستهلك الخدمة:

1- لا يشغل مستهلك الخدمة نفسه كثيراً في المقارنات السّعرية .

2- يميل مستهلك الخدمة إلى التأثر بالبيع الشخصي أكثر من تأثره بالإعلان.

3- تلعب اتصالات الكلمة المنطوقة دوراً كبيراً في التأثير على مستهلك الخدمة .

---

[45] - بشير علاق وزميله – تسويق الخدمات – دار زهران – عمان 1999 ص / 123 /

3-4 مفهوم استخدام الخدمات الصحية :

يمكن الحصول على بيانات استخدام الخدمات الصحية من مصادر عدة مثل عمليات المسح الإحصائي والتقارير الدورية وملفات المرضى لدى المستشفيات والمرافق الطبية وسجلات الأطباء.

وهناك أربعة أبعاد رئيسية يمكن ربطها ربطاً مباشراً بمفهوم استخدام الخدمات الصحية وهي نوع الاستخدام : وهي فئة الخدمة المقدمة مثل (خدمات الأطباء البشريين – خدمات أطباء الأسنان – خدمات المستشفيات – خدمات الرعاية الطويلة الأجل – خدمات الصيدلة):

الهدف من الاستخدام :وهو سبب طلب الخدمة الصحية مثل (التطعيم ضد الأمراض ـ التشخيص المبكر للأمراض ـ معالجة الشكوى التي يعانيها المريض).

موقع استخدام الخدمات الصحية :وهو المكان الذي يتلقى به المريض الخدمات الصحية فقد يكون الموقع في المستشفيات أو المراكز الصحية أو العيادات الخارجية في المستشفيات أو أقسام الطوارئ أو يكون الموقع داخل منزل المريض .[46]

الفترة الزمنية للاستخدام:ويمكن التعبير عنها من خلال دراسة العوامل التالية :

أ ـ الاتصال بالخدمة الصحية :يتمثل في التعرف على مدى تلقي المريض للخدمة الصحية خلال فترة زمنية محددة مثلاً نسبة مراجعة المريض للطبيب خلال السنة .

ب ـ حجم الاستخدام :يقاس بإجمالي عدد وحدات الخدمة الصحية التي تم تلقيها من قبل المريض خلال فترة زمنية محددة مثلاً متوسط عدد الزيارات للمشفى وعيادة الطبيب .

ج ـ الأنماط العرضية :المرتكزة على الأحداث المتعلقة بأنماط مقدمي الخدمة وحالات استمرار الرعاية للحالة العرضية أو المرضية التي قد تطرأ على المريض.

4-4- العوامل المؤثرة في السلوك الشرائي للمستفيد من الخدمة :

هناك مجموعة من العوامل التي تؤثر على سلوك المستهلك خلال مراحل قرار الشراء وهي :

1ـ عوامل ثقافية :مثل الثقافة العامة والثقافة الفرعية (الخاصة) والطبقة الاجتماعية .

2ـ عوامل اجتماعية :مثل الجماعات المرجعية والعائلة والأدوار الاجتماعية التي يلعبها كل طرف والمكان .

3ـ عوامل شخصية : مثل السن ومرحلة دورة الحياة والمهنة والظروف الاقتصادية ونمط الحياة والشخصية ومفهوم الذات .

4ـ عوامل سيكولوجية نفسية : مثل الدافعية والإدراك والتعليم والاتجاهات والمعتقدات.

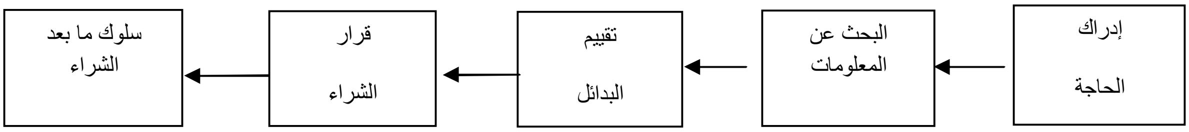
كل هذه العوامل تؤثر على سلوك المشتري خلال مراحل قرار الشراء .[47]

[46] طلال الأحمدي – مرجع سابق – مكتبة الملك فهد الوطنية 2004 ص /211/

[47] عبد العزيز حسن – مرجع سابق – 2003 ص 94

4-5- مراحل عملية استخدام الخدمة الصحية :

لقد استقر علماء التسويق على أن العميل يمر بمراحل خمسة لصنع قرار الشراء للخدمات الصحية وهذه المراحل يوضحها الشكل (6) :



الشكل (6) مراحل صنع قرار الشراء

1- **إدراك الحاجة :** عندمــا يــدرك المــريض أن لــديه مشكلة صــحية وبحاجة إلى تجاوزها فهذا الإدراك يتحقق إما داخلياً وهو إحساس المريض بالحالة الصحية وبالتالي يبحث عن مصدر للعلاج أما المنبه الخارجي فيتمثل بوجود مصدر خارجي يحفز الحاجة الموجودة لدى المريض كان يشاهد أو يسمع المريض بوجود عيادة قريبة له تقدم الخدمة الصحية التي يحتاجها أو أن هناك علاج لحالته إذا كانت معقدة))

2- **البحث عن المعلومات :** وتتمثل هذه المرحلة في جمع معلومات عن البدائل المتاحة للعلاج حالة المريض وإن حجم المعلومات وطبيعتها تتناسب مع درجة الخطورة والأهمية للحالة الصحية المطلوب معالجتها وتكون مصادر الحصول على المعلومات هي :

- مصادر شخصية (العائلة – الأصدقاء – الجيران) .
- مصادر شخصية يقوم بها المسوقون (البيع الشخصي للخدمة الصحية وممثلي المشافي) .
- مصادر غير شخصية يقوم بها المسوقون (الإعلانات ووسائل الترويج التي تقوم بها المشفى) .
- مصادر غير شخصية الإعلانات العامة – جمعيات حقوق المستهلك – وسائل الاتصال العامة .

3- **تقيم البدائل :** لقد ازدادت البدائل المتاحة أمام المريض نتيجة التقدم العلمي ولذلك يقوم المريض بتقييم هذه البدائل المتاحة أمامهم ونتيجة للمخاطر التي من الممكن أن يتعرض لها المريض عند استخدام الخدمة الصحية فهو يقوم بإلغاء بعض البدائل التي تكون بنظره تحمل قدراً كبيراً من المخاطر ويركز على البدائل الباقية ويختار مجموعة من الخيارات التي تتوافق مع حالته وخصوصيته .

4- **اتخاذ قرار الشراء :** لاتخاذ المريض قرارا في شراء الخدمة الصحية فإن ذلك يتأثر بعاملين هما :

أ- **اتجاهات الآخرين :** وتتمثل بمقدار القوة التأثيرية التي يمارسها الآخرون على المريض عند نيته في اتخاذ قرار الشراء . وقد تكون هذه التأثيرات سلبية أو إيجابية .[48]

ب-العوامل الموقفية : وتتمثل بالظروف والحالات المفاجئة التي تحصل عند تحقيق النية في الشراء كأن يصدر سلوك غير مناسب من إدارة المنظمة الصحية أدى إلى توقف عملية الشراء أو هناك حالة مشابهة لحالة المريض لم تنتفع بالخدمة أو ظهور حاجة جديدة أكثر الحاجة من الحالية .

---

[48] تسويق خدمات-- زاهر دعبول،2005 – ص 77

5- سلوك ما بعد الشراء :إن العلاقة بين إدارة المشفى والمريض لا تنتهي بعد انتهاء عملية بيع الخدمة الصحية بل يجب أن تبقى هذه العلاقة بين الطرفين إذا أن الانطباع الايجابي المتحقق لدى المريض عن الخدمة وطريقة تقديمها ستساهم بلا شك في استمرار العلاقة وزيادة رضا وولاء المريض للمشفى.

4-6- أدوار الشراء في الخدمة الصحية :

هناك خمسة أدوار يلعبها الأفراد في قرار الشراء للخدمة الصحية وهي:

1- **المبادر initiator:** وهو أول من يقترح فكرة استخدام الخدمة الصحية .

2- **المؤثر influencer:** وهو الذي يعرض أو يقدم نصيحة قد تؤثر في قرار استخدام الخدمة الصحية .

3- **المقرر Deeider:** وهو الشخص الذي يقرر الاستخدام من عدمه فإذا قرر الاستخدام فهو يقرر أيضاً لدى من ومتى وكيف .

4- **المشتري**Buyer **:** وهو الشخص الذي يقوم بالشراء الفعلي للخدمة .

5- **المستخدم** User **:** وهو الشخص الذي يستخدم الخدمة الصحية . [49]

وقد يلعب أحد الأفراد دورين أو أكثر من هذه الأدوار وقد يلعبها خمسة أفراد منفصلين .))

4-7- نماذج تحليلية لتفسير استخدام الخدمات الصحية : يوجد عدة نماذج لتفسير سلوكيتها :

لقد سعى عدد من الباحثين لتطوير نماذج تفسر كيفية اتخاذ قرارات الشراء في حالات معينة والتنبؤ من خلالها بالنتائج المحتملة للتغيرات لإستراتيجية التسويق إن وضع نموذج لعمليات قرار المشتري يشكل عدة مشكلات فنماذج سلوك المشتري القائمة على قطاعات محددة ضيقة قد تفقد الكثير من قوتها التفسيرية والتنبؤية إذا ما طبقت على قطاع آخر فمعظم نماذج سلوك المشتري يقدم تفسيرات معيارية بدلا من تفسيرات كمية لسلوك المشتري وليس هناك ضمان بأن الفرضيات التي بني عليها النموذج تبقى نافذة.[50]

1- نموذج فيسك :

وهذا النموذج قام خصيصاً على قطاع الخدمات ويرى النموذج عملية الشراء مقسمة على ثلاث مراحل مرحلة ما قبل الاستهلاك ومرحلة الاستهلاك ومرحلة ما بعد الاستهلاك .

وتشمل مرحلة ما قبل الاستهلاك سلسلة أنشطة تحدث قبل اتخاذ قرار الشراء بدءاً من مشكلة تميز الحاجة وجمع المعلومات وتحديد الخيارات وفي هذه المرحلة يحدد المستهلك ما يتوقعه أفضل الحلول .

وفي مرحلة الاستهلاك يقرر المستهلك استخدم ما يعتبره أفضل الخيارات وتتم خلال هذه المرحلة مقارنة التوقعات المثارة خلال مرحلة ما قبل الاستهلاك حول الخدمة بشكل فعلي .

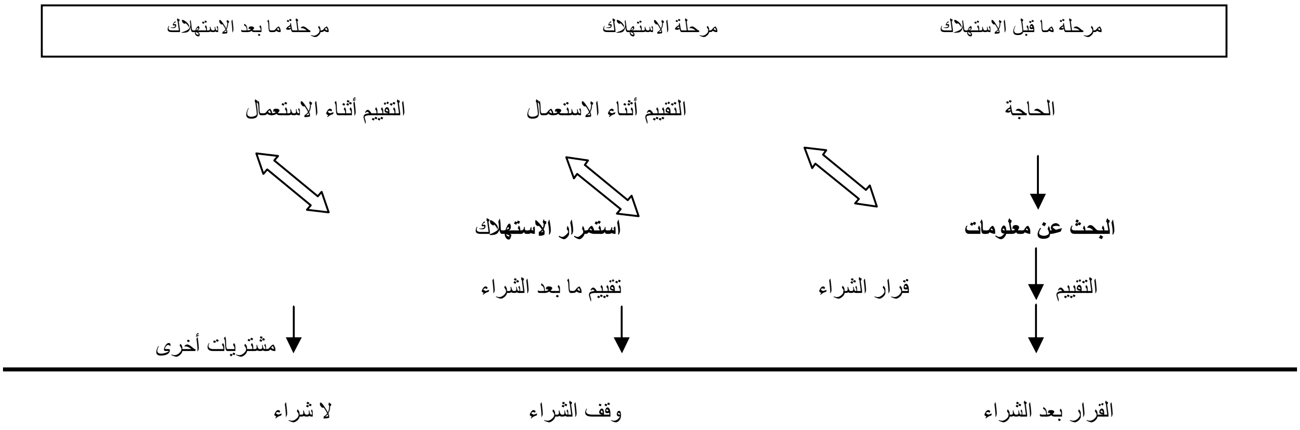
والفجوة بين المرحلتين هي فجوة التوقعات والتي يجب محاولات تقليل التنافر فيها من خلال حلول سريعة.

وفي مرحلة ما بعد الاستهلاك يتم تقييم كل مصادقات الخدمة ومن خلالها يقرر المستهلك إن كان متحفزاً للاستمرار في استهلاك الخدمة أو عدم الاستمرار يبين ذلك الشكل التالي :

---

[49] عبد العزيز حسن – تسويق المستعمل – 2006 – ص 95

[50] زاهر دعبول – مرجع سابق -ص 209



الشكل (7) عملية الاستهلاك [51]

نموذج " أندرسون وأدى" والمكون من :

أ - السياسية الصحية : حيث ينبغي النظر إليها على أنها نقطة البدء للبحث عن أنماط استخدام الخدمات الصحية وذلك في ضوء نظم تمويلها وترتيبها وتنظيمها المعمول بها لتحسين إمكانية حصول الأفراد على الخدمة الصحية .

ب - خصائص نظام تقديم الخدمة الصحية: فترتبط بها ترتيبات عديدة مثل عوامل تتصل بحجم الخدمات المتاحة وتوزيعها الجغرافي وأساليب وآليات تنظيم دخول المستفيدين وانتقالهم بين مصادر الخدمة الصحية .

ت - خصائص المجتمع المعرضة للخطر : وتعتمد على مجموعة من العوامل وهي :

1- **العوامل التي يمكن السيطرة عليها :** مثل مستوى دخل الأسرة ونوع التغطية الطبية ومداها وظروف المنطقة التي يعيش فيها الفرد ومدى قربه أو بعده عن مصدر الخدمة الصحية .

2- **العوامل التي لا يمكن السيطرة عليها :** الخصائص الديموغرافية العمر – الجنس – حجم الأسرة – مستوى التعليم)) وخصائص التركيب الاجتماعي مثل معتقداتهم ومواقفهم تجاه مدى معرفة الطبيب بمرضهم ونمط الحياة .

3- **عوامل الأحوال الصحية :** ويمكن إدراك الحاجات الصحية إما من خلال الوقوف على الأحوال الصحية للسكان أو من خلال تقييم تلك الحاجات عن طريق الرجوع إلى السجلات الصحية.

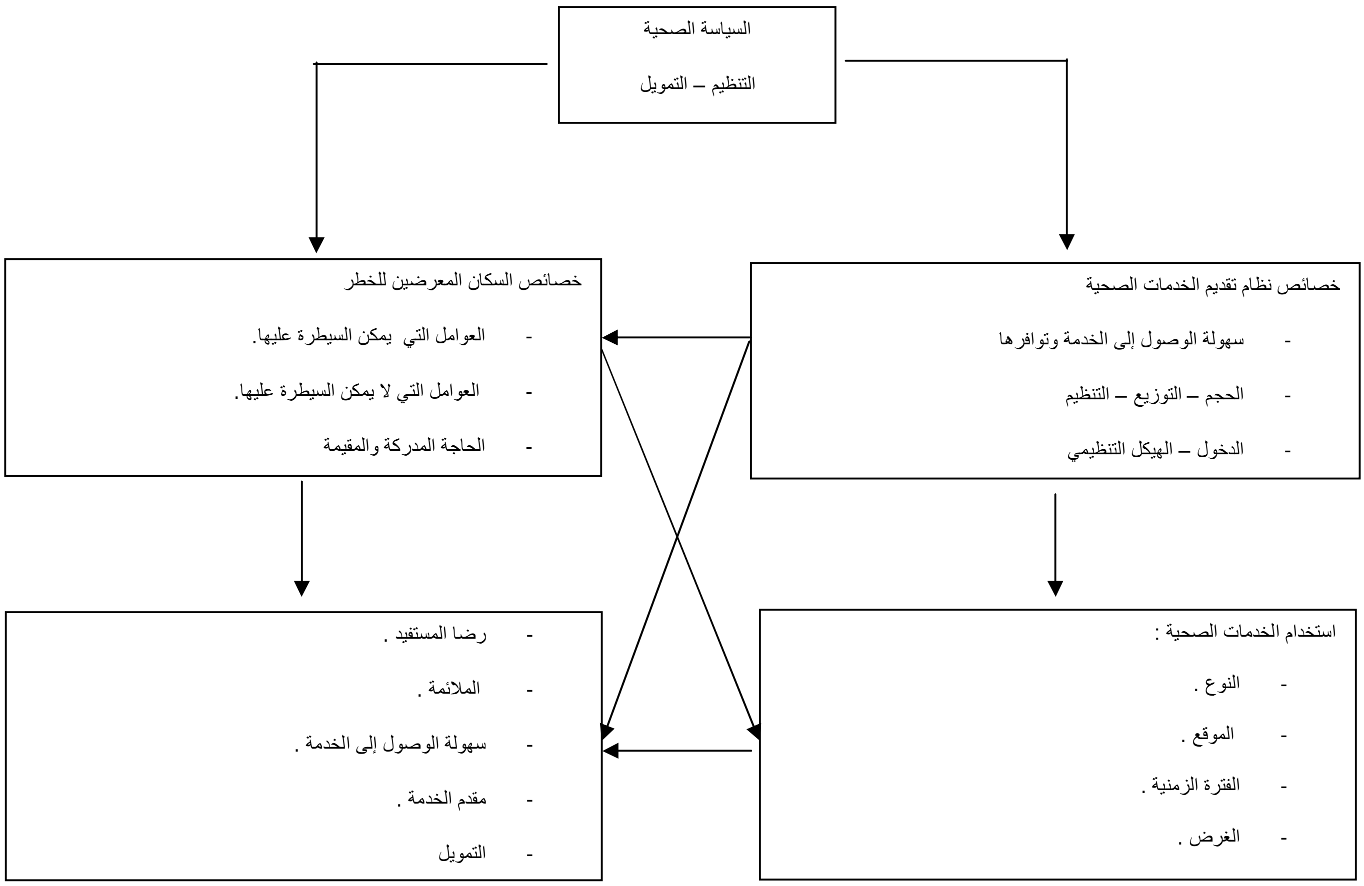
ث- **استخدام الخدمات الصحية :** ويعني نوع وموقع استخدام أفراد المجتمع للخدمات الصحية حسب مقدمي الخدمة (أطباء – مراكز صحية – مشافي) بالإضافة إلى الغرض من الخدمة وحجمها و استمراريتها .

1- **رضا المستفيدين :** ويعني رضا المستفيدين عن الخدمة الصحية المقدمة لهم بالإضافة إلى ملائمة الخدمات الصحية المقدمة لهم ودرجات توافرها وملائمة نظم تمويلها . [52]

يوضح الشكل التالي نموذج " أندرس ون وأدى " .

---

[51] زاهر دعبول – مرجع سابق – 2003 ص 210
[52] طلال أحمدي – مرجع سابق- 2004 ص 219



الشكل (8) نموذج أندرسون و أدى

4-8- نماذج اتخاذ القرار عند المريض في حدود استخدام الخدمات الصحية :

أ– نموذج ستشمان such man:

يتوقف بعد الاستخدام الذي هو محور هذا النموذج على حدوث المرض ويشير ستشمان إلى مراحل طلب المريض للخدمة الصحية وهي خمس مراحل :

1- معاناته للعارض المرضي وقراره بمعالجة مرضه .
2- افتراضه وجود المرض أو تبنيه لدوره .
3- اتصاله بأحد مصادر الخدمة الصحية .
4- اعتماده على الخدمة الصحية .
5- تبني مرضه وادعاءه الحاجة إلى النقاهة أو التأهيل .

وبناءً على هذا النموذج يشارك المريض في كل المراحل السابقة باتخاذ قرار استخدام الخدمة الصحية .

ويعد هذا النموذج شاملاً للمراحل المختلفة التي يظهر فيها العديد من المرضى من خلال استجابتهم للمرض.

ب – نموذج كوسا وروبرتس Kasa & Robertson:

((ويركز النموذج في تفسيره لطلب المريض الخدمة الصحية على الناحية النفسية أكثر من تقديمه لتفسيرات اجتماعية لشرح استجابة الأفراد للمراحل المختلفة للحادثة المرضية فالسلوك يتم حفزه نتيجة لحاجة الفرد النفسية إلى حد من قلقه المستثار نتيجة لشعوره بخطر المرض ويمكن تصنيف القلق لديه في فئتين :

1- قلق عام وغير محدد لا يرتبط مباشرة بالحادثة المرضية .

2- وقلق محدد يرتبط بانعدام الراحة الجسدية نتيجة لأعراض حالته المرضية التي يعانيها مما يدفعه إلى طلب الخدمة الصحية .))[53]

ثالثاً – نموذج ميكانيك Mechanic :

يتناول هذا النموذج مجموعة متنوعة من العوامل الاجتماعية والنفسية التي تؤثر في إدراك المرضى للحاجة إلى طلب الخدمة الصحية وهو وبذلك يستفيد من العوامل الاجتماعية المتضمنة في نموذج ستشمان والعوامل النفسية الموجودة في نموذج كوسا وروبرتس وذلك لشرح وجهات نظر الأفراد في طلبهم للخدمة الصحية .

ج – نموذج الاعتقاد الصحي Health Beli & Model :

يعد من النماذج ذات الاتجاه الاجتماعي النفسي الأكثر تفسيراً لقرارات طلب الخدمة الصحية وهو طبق في البداية لفهم السلوك الصحي فيما يختص بطلب الخدمة الصحية الوقائية لكنه طبق لاحقاً لشرح طلب الخدمة الصحية في ضوء ما يصيب أفراد المجتمع من الأمراض (الخدمة العلاجية) ويشتمل النموذج على العديد من العوامل الديموغرافية والاجتماعية والنفسية والمعرفية ذات العلاقة بالأمراض التي قد تؤثر في سلوك طلب الأفراد للخدمة الصحية .[54]

9-5- حاجة المرضى وسلوكهم Behavior and patients Need:

إن حاجة المرضى تأخذ أشكالاً مختلفة وهي التي على أساسها يبدأ السلوك الشرائي وهذه الأشكال :

1- حاجة المريض للحصول على التشخيص والعلاج والوقاية المستقبلية.

2- رغبة المريض في معرفة الحالة الصحية التي هو بها .

3- وجود حالة الشك والخوف من الإصابة بمرض معين وهذا يتأثر بالسلوك الشخصي للمريض .

4- يسعى المريض إلى توخي الفائدة من المراجعة وتحقيق المنفعة .

وعلى الرغم من هذه الأشكال للحاجة لدى المرضى إلا أنهم يرغبون أن تكمن الخدمات التي يتلقونها بمستوى من النوعية والجودة التي تحقق لهم الرضا والقبول المرتبطان بالشفاء .

وبالتالي فإن سلوكهم الشرائي سيتأثر بعدد من الجوانب الملموسة وغير الملموسة في المشفى ومنها :

[53] - طلال الأحمدي – مرجع سابق –2004 ص /213/

[54] NE ames,JH,"Health servies" ,2001,p223

1- نظافة المشفى والمنتسبين والكادر الطبي والتمريضي وذلك من خلال المظهر العام من الملابس الرسمية للأطباء والملابس الموحدة للكادر التمريضي والملابس الموحدة للمستخدمين .

2- نظافة الجدران والأرضيات والغرف وسلامة الأبواب .

3- الأسرة الجيدة ونوعية الأغطية و الشراشف والستائر .

4- أنظمة التهوية والتبريد وأنظمة السيطرة على الحالات الطارئة في المشفى .

5- الإنارة والديكور الداخلي للمشفى وتقسيماتها .

6- وحدة الاستعلامات الخارجية وحسن الاستقبال والإرشاد للمرضى أثناء المراجعة .

7- المظهر اللائق والأنيق لغرفة الطبيب الاستشاري وتوفر المستلزمات الضرورية التي تحقق القناعة والقبول المسبق لدى المريض في تقبل الخدمة الطبية التشخيصية أو العلاجية .

8- الأجهزة الطبية المستخدمة وحداثتها وحسن استخدامها وتكاملها في المشفى .

كل هذه الجوانب تدفع المرضى وبسلوك عقلاني إلى أن يتعاملوا مع الخدمة الصحية المقدمة في هذه المشفى دون غيرها وبالتالي يصبح الولاء للمشفى وللكادر الطبي والتمريضي أقوى من أن يتأثر بمتغيرات ترويجية منافسة وعليه فإن عملية الرضا لدى المرضى وسلوكهم التفاعلي الإيجابي مع إدارة المشفى يعد مكسبا حقيقيا للمشفى كما أن المشفى تحقق منفعة مضافة إلى مكسب هذا المريض وتتمثل بان هذا المريض سيكون مصدر إعلامي وترويجي للمشفى في محادثته الشفوية مع أفراد المجتمع عن الخدمة الصحية المقدمة له في هذه المستشفى .[55]

4-10- مخاطر استخدام الخدمات الصحية وإستراتيجيات التعامل معها

ويبين الجدول التالي أنواع المخاطر واستراتجيات التعامل معها :

أنواع المخاطر	الأمثلة	استراتيجيات التعامل معها
مخاطر الأداء	أي تخوف المريض من أن لا تؤدي الخدمة الصحية الأداء المتوقع منها مثل فشل الدواء الذي تم إعطاءه للمريض من قبل الطبيب في تحسين حالته الصحية	- التركيز على الشهرة للطبيب و المشفى - تقديم الضمانات - تقديم إثباتات
مخاطر جسدية	تخوف المريض من الإيذاء الجسدي عند استخدام الخدمة الصحية مثل التخوف من إجراء عملية جراحية	- الحصول على تأكيدات - استخدام الكلمة المنقولة - التعويض
مخاطر اجتماعية	التخوف من عدم قبول الآخرين أو الانتقاد له من نتائج استخدام الخدمة الصحية مثال: إجراء عملية تجميل أو استخدام مشفى ذات مستوى متواضع	- الاستشهاد بالجماعات المرجعية وقادة الرأي
مخاطر نفسية	تخوف المريض من أن تؤدي الخدمة الصحية إلى نتائج عكسية كالشعور بالإحباط أو التوتر إثر إجراء عملية استئصال لأحد أجزاء الجسم من جراء السرطان أو السكري	- تثقيف المريض وتزويده بالمعلومات - الرقابة والمتابعة - الاستشهاد بأصحاب الخبرة

[55] هاني الضمور – مرجع سابق – 2005 – ص 133

الفصل الثاني

إدارة التسويق في المستشفيات و التنظيم التسويقي

تمهيد:

إن البيئة الديناميكية وأهداف البقاء والاستمرار لتحقيق ما خطط له من أهداف كل ذلك يفرض على المستشفيات أن تتعامل مع جمهورها بمختلف شرائحه وفئاته ومناطق تواجدهم بما يمثل الركن الرئيس لتحقيق أهدافها ويكون ضمن فعل مخطط ومبرمج على أسس علمية دقيقة تتوافق مع دقة حساسية العمل المؤدى والمسؤولية الملقاة على عاتق الكادر الطبي والإداري في المستشفيات ويكون ذلك عبر الإدارات المختلفة والتخطيط التسويقي والاستراتيجيات والسياسات التسويقية الموضوعة من أجل تحقيق تلك الأهداف وضمان البقاء والاستمرار .

وسوف يتم تناول هذا الفصل من خلال المباحث التالية :

- المبحث الأول : تنظيم إدارة التسويق في المستشفى .
- المبحث الثاني : التخطيط التسويقي للخدمات الصحية .
- المبحث الثالث : سياسات التسويق للخدمات الصحية .
- المبحث الرابع : استراتيجيات البقاء في المستشفيات الخاصة .

المبحث الأول : تنظيم إدارة التسويق في المستشفى

أولاً: مفهوم المستشفى تعريفها وخصائصها الأساسية :

1-1 - تعريف المستشفى :

ــ عرفت الهيئة الأمريكية للمستشفيات المستشفى على أنها (مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل على أسرة للمنامة وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض وذلك لإعطاء المرضى التشخيص والعلاج اللازمين)[1].

ــ عرف الدكتور ثامر البكري المستشفى بأنها (نظام شامل يتكون من مجموعة من الكوادر البشرية التخصصية والمعدات والأجهزة المصنفة على أساس الأقسام أو المهام التي تمثل كل واحدة منها بحد ذاتها نظاماً يتكون منه بالوقت نفسه أنظمة فرعية أخرى تقوم بواجبات ومسؤوليات مختلفة عن بعضها البعض[2].

ــ عرفت منظمة الصحة العالمية المستشفى على أنها (ذلك الجزء المتكامل من التنظيم الصحي وظيفته العناية الصحية الكاملة لجميع أفراد المجتمع سواء كانت علاجية أو وقائية . وإن المستشفى مركز لتدريب العاملين في الحقل الطبي وكذلك مركز للأبحاث الطبية والاجتماعية فضلاً عن كونها مركزاً لإعادة تأهيل المرضى الرافدين وكذلك المراجعين بالعيادات الخارجية[3].

- ويرى الباحث المستشفى على أنها (المكان الذي يضم مجموعة من الغرف و المعدات و الأنظمة و الكوادر البشرية الطبية و التمريضية و الفندقية و الأجهزة الطبية المتكاملة و التي تكون وظيفتها العمل وفق قواعد و أسس محددة بهدف تقديم الخدمة الصحية للمرضى بناءً على حاجاتهم سواء كانت خدمة صحية علاجية أو وقائية).

1-2ــ الوظائف الأساسية للمستشفى :

تشترك معظم المستشفيات الحديثة رغم اختلاف أهدافها بالوظائف الأساسية وهي :

1- تحقيق مستوى عال من جودة الرعاية الطبية للمرضى .
2- تعليم وتدريب العاملين في المجالات الطبية والتمريضية والعلوم الطبية المساعدة .
3- تعزيز البحوث في مجالات العلوم الطبية والعلوم الأخرى ذات العلاقة بالصحة .
4- توفير الخدمات الصحية الأولية اللازمة للنهوض بصحة المجتمع[4]

1-3ــ تصنيف المستشفيات :

يمكن تقسيم المستشفيات وفقاً للتقسيمات التالية :

1) - وفقاً للناحية الكلينيكية أو نوع الخدمة:

---

[1] - هنادي عطية – رسالة ماجستير - إدارة تسويق الخدمات الطبية – جامعة تشرين. 2006- ص 15

[2] - ثامر بكري – إدارة المستشفيات- دار اليازوري –عمان . 2005 – ص22

[3] - ثامر بكري – مرجع سابق – 2005 – ص23

[4] - هنادي عطية – مرجع سابق– 2006 – ص22

آ ــ **مشفى عام** : تتوافر فيه جميع الخدمات الكلينيكية لتشخيص ومعالجة الحالات المرضية .

ب ــ **مستشفى متخصص** : تتوافر فيه خدمات كلينيكية لمعالجة حالات مرضية معينة حيث تقدم الخدمة لمعالجة أمراض محددة مثل مستشفى النساء والتوليد[5]

2) - من ناحية الحجم والموقع :

آ ــ **مشافي محلية صغيرة** : تخدم تجمعات سكنية صغيرة ولا يتجاوز عدد الأسرة 100سرير

ب ــ **مستشفيات مركزية** : تخدم تجمعات متوسطة كضواحي المدن وتتراوح سعتها بين 100-500 سرير وتتوفر فيها كافة الإمكانات .

ج ــ **مستشفيات المناطق** : تخدم منطقة صحية بأكملها وعادة ما تحوي خدمات متخصصة لا تستطيع المشافي السابقة توفيرها [6]

3) – من ناحية متوسطة الإقامة :

آ ــ **مشافي ذات فترة إقامة طويلة:** وتتراوح الإقامة فيها بين 3-6 أشهر مثل مشافي الأمراض النفسية.

ب ــ **مشافي ذات فترة إقامة قصيرة** : وفيها تكون متوسط فترة الإقامة أقل من 30 يوم ومن مثلتها المشافي العامة و المشافي التخصصية[7]

4) – من ناحية الإشراف والملكية :

آ ــ **مشافي حكومية** : وهي المشافي التي تملكها الهيئات الرسمية في الدولة .

ب ــ **مشافي خاصة** : وهي مشافي يملكها أفراد أو هيئات خاصة أو جمعيات وتقسم إلى :

1- مشافي ذات طابع ربحي 2- مشافي لا تهدف إلى الربح[8]

5)- وفقاً لجودة الخدمة الصحية المقدمة :

آ ــ **مشافي معتمدة** : وهي مشافي معترف بجودة قدمها من قبل هيئات استشارية علمية .

ب ــ **مشافي غير معتمدة** : وهي لا تمتثل للضوابط والشروط الموضوعة من قبل هيئات الاعتماد المتخصصة بتقويم المشافي الطبية [9]

ثانياً : تنظيم التسويق :

2 – 1 : الهيكل التنظيمي :

يمكن تعريف الهيكل التنظيمي على أنه البناء والإطار الذي يحدد التركيب الداخلي للمنظمة وهو يبين التقسيمات التنظيمية والوحدات الفرعية التي تقوم بمختلف الأعمال والأنشطة التي يتطلبها تحقيق أهداف المنظمة ويوضح نوعية العلاقات بين أقسامها وخطوط السلطة وشبكة الاتصال فيها[10]

---

5 - فوزي مدكور – تسويق الخدمات الصحية –دار بترك للنشر والتوزيع. القاهرة. 1998

6 - هنادي عطية – مرجع سابق – 2006 – ص21

7 - د.فوزي مدكور – مرجع سابق – 1999 – ص20

8 - د.فوزي مدكور – مرجع سابق – 1999 – ص21

9 - هنادي عطية – مرجع سابق – 2006 – ص22

وعرف أيضا بأنه (نظام فرعي يضم أنظمة فرعية متكاملة مع البيئة الخارجية للمنظمة)[11]

لذلك ومن خلال التعريفين السابقين يمكن أن نعرف الهيكل التنظيمي على أنه صورة المنظمة التي تتشكل من خلال تقسيمات تنظيمية ووحدات تتصف بالحركة والنمو فهو يعبر على العلاقات الداخلية للمنظمة وكيفية تعاملها مع بعضها البعض ومع البيئة الخارجية للمنظمة .

<u>2 – 2 : تصميم الهيكل التنظيمي :</u>

لا يوجد هيكل تنظيمي مثالي يمكن اعتماده لجميع المنظمات حتى وإن كانت متشابهةً بل هناك خطوات رئيسة يمكن اعتمادها عند تصميم الهيكل التنظيمي وهي :

1- تحديد الأهداف الأساسية للمنظمة والأهداف الفرعية لكي يتم تحديد الاحتياجات التنظيمي لإنجازها .
2- تحديد الأعمال الرئيسية والفرعية وتجميعها كأنشطة ضمن المنظمة لكي يتم تكليف الأقسام بها .
3- يتولى كل قسم مدير أو مسؤول يمتلك السلطة لإنجاز الأعمال التي يكلف بها .
4- تحديد علاقات العمل الوظيفية بين مختلف التقسيمات والوحدات داخل الهيكل التنظيمي .
5- إشاعة روح التعاون من خلال عمليات الاتصال الكفوءة .

<u>2 – 3 : أنواع الهياكل التنظيمية :</u>

للهياكل التنظيمي أشكال مختلفة كل منها يعكس صيغة من العلاقة التي تقوم بين أجزاء المنظمة التي قد تأخذ صيغة رسمية أو لا رسمية في تكوين هيكلية المنظمة وهناك الأنواع التالية :

أ: **الهيكل التنظيمي الرسمي** :

وهو الأكثر شيوعاً وانتشاراً وبساطة إذ يتمثل المدير برأس الهيكل الذي تنحصر في يده لسلطة والصلاحية دون بقية المستويات الأدنى ويبرز هذا التخطيط في المنظمة الصغيرة أكثر مما هو عليه في المنظمات الكبيرة .

ب : **الهيكل التنظيمي الوظيفي** :

ويقوم على مبدأ التخصص وتقسيم العمل في مختلف الوحدات الإدارية العاملة في المنظمة على أن يتوافق مع اعتماده سياسة التعاون والانتماء للمنظمة لإنجاز الأعمال الموزعة على كافة الاختصاصات الوظيفية فيها .

ت : **الهيكل الرأسي والاستشاري** :

يمثل هذا الهيكل مزيجاً متداخلاً من النوعين السابقين على أساس إيجاد هيئة استشارية ضمن الهيكل التنظيمي تقدم المشورة والرأي إلى المدير وبخاصة في المنظمات الكبيرة التي تعتمد الهيكل الرأسي في تنظيمها وبالتالي لا يكون المدير وحده مسؤولاً ومحتكراً لسلطة إدارة عليا .

---

[10]- الشاعر و أطرون – مبادئ إدارة الأعمال – دار حامد للنشر والتوزيع-عمان-2003 – ص209

[11] - د.ثامر بكري – مرجع سابق – 2005 – ص117

ث : التنظيم المصفوفي :

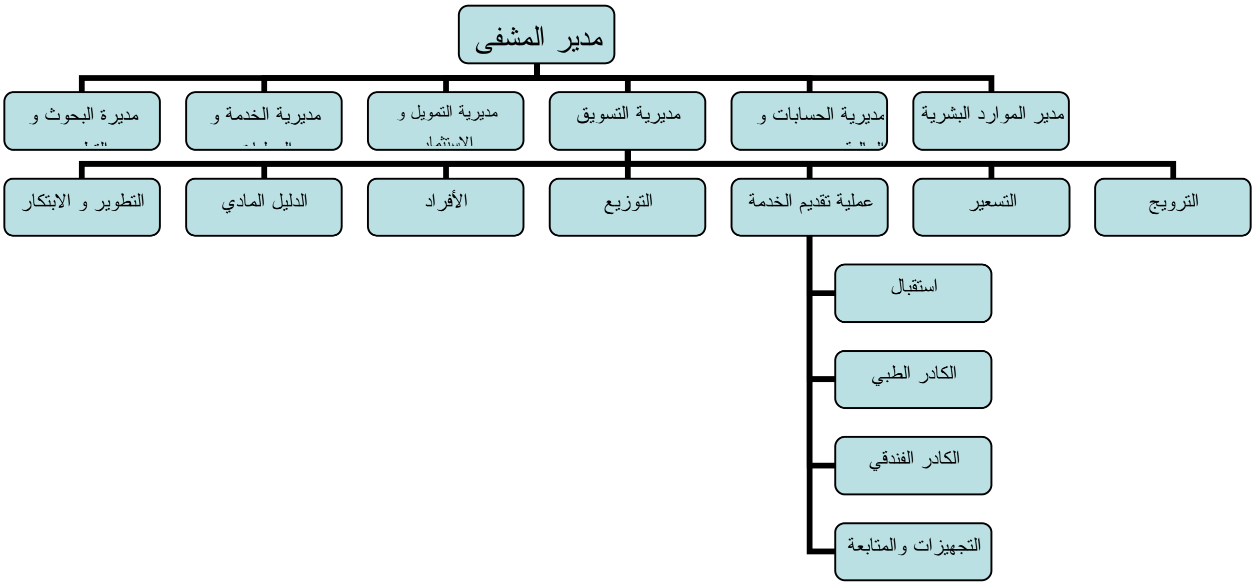
وهو مزيج من التنظيمين الرأسي والأفقي وعلى أساس تجميع الأنشطة المختلفة في المنظمة بوحـــدات عمـــل مستقلة (مشروع) توكل إليها مهمة إنجاز عمل معين أو واجبات في مجال تخصصها أي أنها تنظيم رأســـي مستقل ضمن تنظيم شامل بجميع هذه الوحدات .

ج : الهيكل التنظيمي غير الرسمي :

وهي هياكل تنظيمية تعكس طبيعة العلاقات غير الرسمية في المنظمة تعززهـــا حقيقـــة التفـــاعلات الإنسانية الحاصلة في داخل المنظمة وبالتالي فإن وجودها يعكس حالة السلب أو الإيجاب مع مســـار عمل المنظمة مما يستوجب من الإدارة المنظمة التفاعل مع هذه العلاقات باتجـــاه تســـخيرها لخدمـــة أهداف المنظمة بدلاً من جعلها متعارضة معها .

2 – 4 : تصميم التنظيم التسويقي :

من أجل أن تتم الخطط والسياسات والبرامج التسويقية داخل المشفى فلا بد من وجود تنظيم تســـويقي في الشركة قادر على القيام بمهمة التنفيذ فلا بد من وضع هيكل تنظيمي للمشـــفى يوضـــح أقســـامه وبالتحديد قسم التسويق ووحداته الفرعية ويوضح نوعية العلاقات وخطوط السلطة وشبكة الاتصـــال فيها[12] ، الشكل التالي يوضح التنظيمي لقسم التسويق في المشفى .



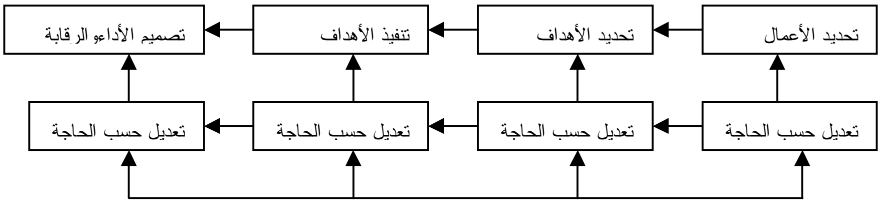
شكل (9) نموذج الهيكل التنظيمي للمستشفى وإدارة التسويق[13]

2 - 5 – مهام إدارة التسويق في المشفى :إن اعتماد إدارة التسويق في عمل المشفى يعني أنها تجني نتائج ايجابية من وراء ذلك وبالتالي فإن إدارة التسويق سيتوقف نجاحها بمدى قدرة المشفى علـــى إنجـــاز المهـــام والواجبات التي تنظمها إدارة التسويق والتي يمكن توضيحها :

---

[12] - Kotler & Keller , marketing management , 2006, P697

[13] - Kotler , marketing management , 2005 , P385



الشكل (10)مهام إدارة التسويق في المستشفى[14]

1)- تحديد الأعمال : **ما هو عمل المشفى ؟**

إن هذا السؤال يدفع المشفى لكي تحدد وبشكل واضح رسالة المشفى والخطوط العامة لمسار عملها وغاياتها .

2)- تحديد الأهداف :

يجب أن تنسجم أهداف إدارة التسويق مع أهداف المشفى ويجب أن تأخذ بعين الاعتبار أن هذه الأهداف قابلة للتنفيذ .

3) – خطة العمل :

بعد أن تم وضع الأهداف المطلوب تحقيقها فيجب على إدارة التسويق أن تضع خطة عمل لتحقيق هذه الأهداف ووضع البدائل والخيارات للوصول إلى الأهداف المرسومة .

4) – تنفيذ الخطة :

إن تنفيذ الخطة يحتاج إلى مهارات وخبرات ومعرفة كيفية الإنجاز وصولاً لتحقيق النتائج والأهداف ولذلك على إدارة التسويق بناء الكادر المطلوب وإعداد الميزانية المناسبة وتحفيز الأفراد والاستقراء الدائم للمتغيرات وتطوير نظام المعلومات وأنظمة الدعم للعاملين [15].

---

[14] - Lovelock , services marketing , 2002 , P304

[15] - عبد الله السنفي و زميله ، الإدارة ، مركز الأمين للنشر والتوزيع-صنعاء-2004 ، ص176

المبحث الثاني : تخطيط التسويق للخدمات الصحية

أولاً ــ مفهوم التخطيط الاستراتيجي للتسويق :

إن التخطيط الاستراتيجي عبارة عن اتخاذ القرارات بشأن تحديد رسالة المنشأة وأغراضـــها (أهـــدافها) الرئيسية والاستراتيجيات الموصلة لذلك .

ومن خلال التخطيط يتم الربط بين رسالة المنشأة وأهدافها الرئيسية من جهة والاستراتيجيات التي يمكن مـــن تخفيفها من جهة أخرى .

فهو عملية إدارية يمكن من خلالها التوفيق ما بين موارد المنشأة وإمكانياتها وفرص الأعمال المتاحة أمامها[16]

1 ــ 1 : أنواع التخطيط الاستراتيجي للتسويق :

يوجد نوعان للتخطيط التسويقي هما :

آ ــ التخطيط التشغيلي : وهو يتعلق بالأعمال القصيرة لممارسة الأنشطة اليومية فهو يتعامل مـــع الأنشـــطة المالية والأسواق القائمة والتسهيلات المتاحة والعملاء الحاليين .

ب ــ التخطيط الاستراتيجي : وهو يتعلق بالأعمال الطويلة ويركز على رســـالة المنظمـــة واســـتراتيجياتها وأهدافها .

1 ــ 2 : أهمية التخطيط الاستراتيجي التسويقي :

التخطيط الاستراتيجي التسويقي الفعال يترتب على التخطيط وتحقيق العديد من المزايـــا والفوائـــد للمنظمـــة وتتجلى فيها أهمية التخطيط ومنها[17] :

1- مساعدة المنظمة على التعرف على البيئة التي تعمل فيها والكشف عن الفـــرص الجذابـــة المتاحـــة وتكشف عن التهديدات والمخاطر التي تؤثر عليها .
2- تحقيق التوازن بين المنشأة والبيئة التي تعمل فيها .
3- مساعدة المنظمة على تحديد وتحليل خصائص السوق الذي تعمل فيه .
4- مساعدة المسوقين على التنبؤ بالمستقبل والكشف عن المشكلات التسويقية المحتمل حدوثها مما يتـــيح الفرصة للاستعداد لمواجهتها .
5- مساعدة الإدارة على تحديد وتحليل مواطن القوة والضعف في المنظمة بالمقارنة مع المنافسين
6- مساعدة المنظمة على قياس وتحليل وتقييم الفرص التسويقية واختيار أنسبها وتحديـــد أهـــداف أكثـــر واقعية.
7- تحقيق التكامل والترابط بين أنشطة وعمليات التسويق من جهة وبـــين أنشـــطة وعمليـــات المنشـــأة الأخرى من جهة أخرى .
8- تسهيل مهمة الرقابة على أنشطة التسويق والتخلص من وحدات الأعمال سيئة الأداء أو تطويرها

[16] - عاصي ، شريف أحمد شريف ، التسويق النظرية و التطبيق ،(دن) القاهرة- 2003 ، ص112

[17] - الذهبي جاسم المحمد ، مبادئ الإدارة الأسس النظرية ، مطبعة العمال المركزية-2001، ص124

1 ـ 3 : مستويات التخطيط الاستراتيجي :

1)- التخطيط الاستراتيجي للمنظمة :

عند هذا المستوى من التخطيط تقوم إدارة المنظمة بتحديد رسالتها وتحديد أهدافها على الأمد البعيد وصياغة الاستراتيجيات وتنفيذها حيال تحقيق الأهداف وعبر الوظائف المختلفة التي تقوم بها المنظمة وعموماً فإن مضامين هذا المستوى من التخطيط تتمثل بالآتي :

آ ـ تحديد رسالة المنظمة .

ب ـ التحليل البيئي لحالة المنظمة .

ج ـ وضع الأهداف التنظيمية .

د ـ اختيار الاستراتيجيات المناسبة .

2)- التخطيط الاستراتيجي التسويقي :

في هذا المستوى من التخطيط يتم وضع الأهداف الاستراتيجية التسويقية التي ترتبط بشكل مباشر مع التخطيط على مستوى المنظمة ويتضمن هذا المستوى من التخطيط الآتي :

آ ـ تحليل الوضع التسويقي القائم .

ب ـ تطوير الأهداف التسويقية .

ج ـ تحديد الموقع التسويقي الذي يمكن أن تكون عليه الميزة التنافسية .

د ـ اختيار الأسواق المستهدفة وقياس مستوى الطلب .

هـ ـ تصميم استراتيجية المشروع التسويقي .

3)- التخطيط السنوي للتسويق :

ويتمثل بالخطط القصيرة الأمد ذات العلاقة بالوظائف الرئيسية للمنظمة والتي تغطي فترة زمنية لا تتجاوز السنة في أغلب الأحيان ويتضمن هذا المستوى من التخطيط إعداد الخطة السنوية لكل منتج تقوم المنظمة بتقديمه أو لكل قسم من الأقسام . وتتضمن هذه الخطة :

1- الملخص : توصيف مبسط للخطة .

2- تحليل الحالة : وضع البرنامج التسويقي لكل قسم .

3- الأهداف : وهي الإنجازات السنوية المطلوب تحقيقها .

4- الاستراتيجيات : وهي الخطط السنوية التي ترتبط مع السوق المستهدف .

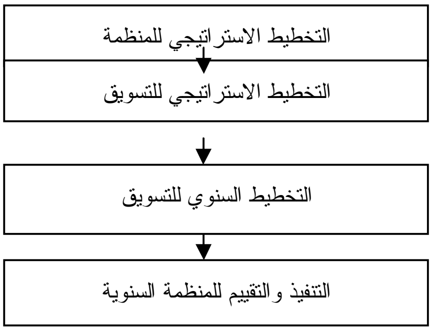
5- التكتيك : وهي الأنشطة التخصصية التي تساعد على تنفيذ الخطة .

6- الجدولة المالية : تتضمن المعلومات المالية حول المبيعات والمصاريف والأرباح المتوقعة .

7- التوقيت الزمني : ويتمثل ذلك بالتدرج الزمني للأنشطة التسويقية خلال السنة .

8- تنظيم الإجراءات : قياس الأداء المتحقق للأهداف خلال السنة .

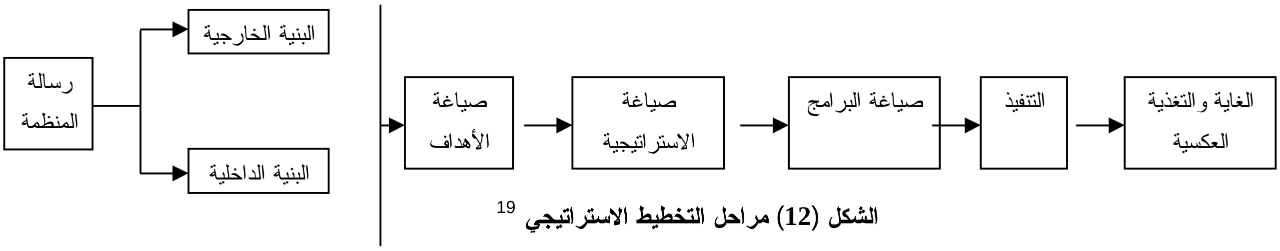
ويمثل الشكل (11) مستويات التخطيط الاستراتيجي:



الشكل (11) مستويات التخطيط الاستراتيجي[18]

ثانياً : مراحل التخطيط الاستراتيجي التسويقي للخدمات الصحية :

ويوضح الشكل التالي المراحل المتعاقبة للتخطيط الاستراتيجي :



الشكل (12) مراحل التخطيط الاستراتيجي [19]

2-1- الرّســالة : (المهمة)

إن رسالة المنظمة الصحية هي في حقيقة الأمر الغرض أو الغاية من وجودها وإن رسالة منظمة صحية ما ليست نسخة مكررة عن رسالة منظمة أخرى بل كل منظمة تملك ما يميزها من خصوصيات تعمل على تضمينها في رسالتها . وهذا لا ينفي أن يكون جوهر رسائل المنظمات الصحية واحدا وهو يتمثل فيما يلي :

1- تحقيق مستوى عال من الجودة في الخدمة الصحية .
2- تقديم رعايا صحية لأي فرد من المجتمع واعتبار الجميع سواسية .
3- ضمان تقديم الخدمات الصحية لغير القادرين على دفع تكاليفها .
4- تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية والإرشادية للمرضى .
5- الارتقاء بالمستوى الصحي للأفضل .
6- العيش في ظل حياة سليمة خالية من الأمراض .

فالرسالة هي موجه لعمل الإدارة والعاملين في المستشفى وبالتالي فتحديدها يعني رسم معالم العمل في الوقت الحاضر والمستقبل وهي تعني التزام الإدارة العاملين وسعيها حثيثا لتجديد وبلورة تلك الرسالة[20] .

2-2 - التحليل البيئي :

تعمل المستشفى من خلال التحليل البيئي على فهم حقيقة الواقع والمتغيرات البيئية الداخلية والخارجية المحيطة بالمستشفى وتحديد أثر هذه المتغيرات على عمل المستشفى من خلال اكتشاف مواقع القوة والضعف

---

[18] - ثامر بكري ، تسويق الخدمات الصحية ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع-عمان-2005 ، ص117

[19] - نادية عارف ، إدارة استراتيجية ، الدار الجامعية للطباعة والنشر - بيروت-2002 ، ص76

[20] - Alan , Karle game , strategic marketing , 2007 , P276

بالمستشفى وذلك من خلال تحليل البيئة الداخلية للمستشفى، ومن الجانب الآخر اكتشاف الفرص والتهديدات التي تواجه المستشفى وذلك من خلال تحليل البيئة الخارجية للمستشفى،[21] ومن خلال تحديد هذه النقاط ببدء العمل على تحقيق حالة من التوازن من جميع المغيرات المؤثرة على المستشفى في الحد الأدنى والعمل على استغلال مكامن القوة ومعالجة مكامن الضعف وانتهاز الفرص المتاحة وتجنب التهديدات والمعالجة لجعل الكفة راجحة لصالح المستشفى من خلال الاستغلال الأمثل للعناصر المتاحة .

2 -3- صياغة الأهداف :

تنبثق الأهداف من الرسالة الخاصة بالمستشفى ومن التحليل البيئي لها وذلك ضمن مراحل التخطيط الاستراتيجي والأهداف الموضوعة من قبل الإدارة العليا تحدد ما يجب أن يتم إنجازه ومتى يجب أن يكون ذلك كمياً .

2 -4- صياغة الاستراتيجية :

إن عملية صياغة استراتيجية خاصة بالمستشفى تتم استقامتها من الأهداف التي تم تحديدها من قبل إدارة المستشفى وهي عبارة عن تصميم للإجراءات والسياسات التي تكون محددة لإنجاز تحقيق الأهداف سواء كان ذلك في الزمن القصير أو المتوسط أو البعيد و الاستراتيجية هي خطة تعتمدها المستشفى لتحقق أهداف طويلة الأمد ولوضع سياسات تمهد لطريق لهذه الاستراتيجيات ولوضع مجموعة من الخطط والأهداف والبرامج القصيرة الأجل والتي تساهم في تحقيق الأهداف البعيدة ولتطوير فاعلية الاستراتيجية في المستشفى فإنه يجب العمل في اتجاهين يتمثل الأول في تطوير استراتيجية محفظة المنتج (الخدمة) والاتجاه الثاني يتمثل في تطوير استراتيجية الانتشار أو التوسع في السوق[22]

2 -5- صياغة البرامج :

إن عملية التخطيط وعمليات التحليل المرافقة لهذه العملية التخطيطية تستوجب القيام بدور صياغة البرنامج التسويقي والذي يقوم على أساس الاستخدام الأفضل للموارد المتاحة للمستشفى وبما يتوافق مع الأهداف الموضوعة للسوق وإن عملية صياغة البرنامج تتضمن عنصرين هامين هما[23]

آ ــ اختبار السوق المستهدف :

فاختيار السوق المستهدف الذي تسعى إليه المستشفى يشكل مجالاً هاماً وحيوياً لإنجاح التخطيط الاستراتيجي فهو يمثل عملية تكييف لمواردها المتاحة ومزيجها التسويقي لمقابلة احتياجات هذا السوق وتحقيق رضا العميل من خلال ما نمتلكه من مهارات وخبرات في الأداء[24] .

وعند اختيار السوق المستهدف يستوجب الأخذ بالعناية الدقيقة وذلك تبعاً لحساسية المتغيرات التي يتضمنها ويجب معرفة درجة الفروقات والاختلافات بين هذا السوق والأسواق الأخرى وذلك عبر التحليل الدقيق

---

21 - Alan , Karle gam , strategic marketing , 2007 , P277

22 - د.ثامر بكري ، مرجع سابق، 2005 ، ص128

23 - Pridesl , Ferrell , marketing management , 2000 , p35

24 - West , Douglas , strategic marketing , 2006 , P168

والعمق للخصائص والصفات التي تميز السوق المستهدف من حيث البيانات الديموغرافية وتحليل حاجات ورغبات العملاء والسلوك المعتمد في التعامل والتصميم للخدمة الصحية بما يتوافق وطبيعة السكان ونمط المعيشة .

ب ــ المزيج التسويقي :

يقصد بالمزيج التسويقي مجموعة المتغيرات التسويقية القابلة للسيطرة عليها والتي تم استخدامها من قبل المستشفى لتحقيق أهدافها المخططة في سوقها المستهدف[25]

ويتكون المزيج التسويقي للخدمات الصحية من سبعة عناصر تم عرضها في الفصل السابق وهي :

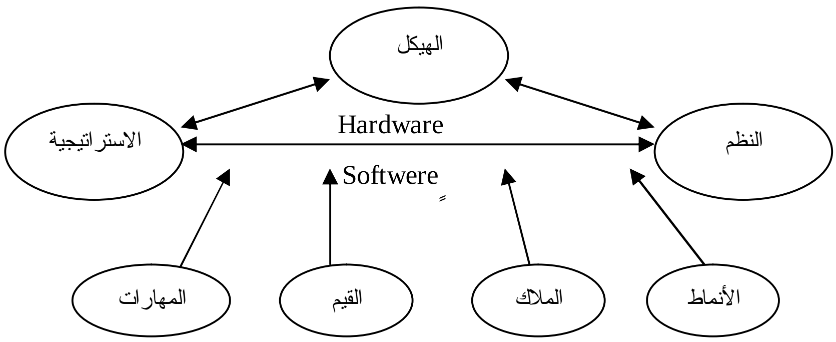
1- المنتجات الصحية .
2- التوعية الصحية (الترويج)
3- الأفراد .
4- الدليل المادي
5- التسعير للخدمات الصحية .
6- التوزيع
7- العمليات

والهدف من المزيج التسويقي وعناصره السبعة هو بالتحديد تأييد الخدمة الأفضل و الأميز للعميل وهذا يعني المزيد من الجودة في الخدمة المقدمة للعملاء والسعي إلى بناء علاقة وطيدة وطويلة الأمد مع العملاء لا تنتهي بمجرد انتهاء عملية تقديم الخدمة الصحية (علاجية أو وقائية) لهم .

2 -6ــ التنفيذ :

إن جدوى التخطيط الاستراتيجي تظهر عندما يتم التنفيذ بالوجه الصحيح والسليم وليست عملية وضع الاستراتيجية من قبل الإدارة سوى أحد الأركان السبعة في إنجاح المنظمة وكما يتضح في الشكل التالي والذي يسمى بنموذج أو هيكل Mckinsey7-S [26]

إذ يتضح بأن العناصر الثلاثة الأولى وهي الاستراتيجية والهيكل والنظم والتي يمكن تسميتها Hardware والتي تعد الركيزة المادية في إنجاح عمل المنظمة أما العناصر الأربعة الأخر فتسمى Software



الشكل (13)نموذج Mckinsey لهيكلة نجاح المنظمة [27]

[25] - د.ثامر بكري ، مرجع سابق، 2005 ، ص129

[26] -. ثامر بكري ، مرجع سابق، 2005 ، ص129

[27] - Kotler , marketing for health care originations ,1987 , P97

ويمثل العنصر الأول بالأنماط والذي يقصد به التفكير والسلوك العام المشترك للأفـراد العـاملين فـي المستشفى وعلى سبيل المثال أن يشترك جميع العاملين بالمستشفى برسم الابتسامة على وجوههم عند مقابلـة المرضى والمراجعين وأن يكونوا أكثر احتراماً في تمتين علاقاتهم بالمرضى .

والعنصر الثاني هو الملاك ويقصد به أن المستشفى تستخدم أشخاصا بارعين في عملهم إلا أن هـذا لا يمنع من القيام بتدريبهم وإكسابهم الخبرة المضافة لإنجاح عملية التنفيذ للخطة الموضوعة وهذا يشمل المـلاك الطبي والتمريضي والخدمي والإداري .

والعنصر الثالث هو المهارات والتي تعني بان المستشفى بحاجة لأن يمتلك العاملين بها مهـارات أكثـر مما تحددها الخطة الموضوعة من قبل إدارة المستشفى وذلك لمواجهة الحالات الطارئة والاستثنائية التي قـد تتعرض لها الخطة أثناء العمل والتنفيذ[28] .

العنصر الرابع هو القيم المشتركة والتي تعني اشتراك العاملين في المستشفى بـذات القـيم الأخلاقيـة وهذا يندرج تحت شعار أو رسالة المنظمة والتي يتم صياغتها وبلورتها من قبل الإدارة وذلـك بعـد عمليـة التحليل للبيئة الداخلية للمنظمة حيث تقوم الإدارة بدمج وصهر جميع الثقافات التي يحملهـا العـاملين داخـل المستشفى في ثقافة واحدة وهي ثقافة المستشفى والتي ينبثق عنها ما يسمى القيم المشتركة والتي تكون كـدليل عمل يتحلى به جميع العاملين في المستشفى .

2 - 7 ــ الرقابة والتغذية العكسية :

إن عملية الرقابة والتغذية العكسية يقصد بها متابعة التنفيذ للخطة ومقارنة النتائج المحققة مع ما خطـط له مسبقاً والكشف عن الانحرافات الحاصلة في تنفيذ الخطة إن وجدت فضلاً عن تحديد موقع الخلل الحاصـل في أية مرحلة من المراحل السابقة في التخطيط الاستراتيجي وجعل هذا الكشف بمثابة معلومات مرتجعة إلى الأعراف التي يعينها الأمر والهدف من الرقابة هو الحد من استمرار وقوع هذه الانحرافات[29] .

مع التأكيد إلى أن التطابق التام بين الخطة والتنفيذ هو أمر في غاية الصعوبة وذلك لأن الأنشطة المخطط لها يقوم بها العنصر البشري لذلك لابد من ظهور بعض المتغيرات التي يصعب السيطرة .

[28] -.ثامر بكري ، مرجع سابق، 2005 ، ص135

[29] - Sergeant , Adrian , marketing management for Nan profit organization , 2005 , P134

المبحث الثالث : سياسات التسويق للخدمات الصحية

أولاً ــ سياسات التسويق :

تتناول سياسات التسويق للخدمات الصحية كافة عناصر المزيج التسويقي للخدمة وهي سبعة عناصـــر و في ما يلي نستعرض هذه السياسات .

1 ــ 1 : سياسة عملية تقديم الخدمة الصحية :

1 ــ 1-1 : مفهوم سياسة عملية تقديم الخدمة الصحية :

يقصد بسياسة المنتج الأساس الفلسفي الذي يحكم اختيار المسوق للمنتجات التـــي يقـــدمها للمســـتهلك المستهدف بشكل يضمن تحقيق أهداف كلا الطرفين المسوِق والمستهلك وبشكل آخر هو كافة الجهود والسياسات المتعلقة بتقديم المنتجات الملائمة للسوق والمســـتهلك بالمواصـــفات والشـــكل الملائمـــين وبالصورة والسياسات الملائمة ويكون القرار للمنظمة باختيار المنتج القادر علـــى إشـــباع حاجـــات ورغبات العملاء وذلك من خلال إدراك المفهوم التسويقي للمنتج [30].

مفهوم المنتج يمتد ليشمل مكونات المنتجات الملموسة وغير الملموسة فالفهم الصحيح لمعنى المنـــتج يتطلب التعرف على حاجات ورغبات العميل الظاهرة والكامنة التي سيقوم المنتج بإشـــباعها وبنـــاءً على ذلك يتم تصميم المنتج بالشكل الذي يثير اهتمام العميل .

1 ــ1- 2 : التصميم الفني للمنتج :

هو عبارة عن إعطاء المنتج مجموعة من الميزات والصفات التي تحقق المنفعة المادية للعميل ومثال ذلك جودة الخدمات الصحية وسرعة تقديمها كذلك عملية التفاعل المتبادلة بـــين المـــريض والكـــادر الطبي وسهولة الوصول إلى المستشفى ومما لا شك فيه أن جودة الخدمة الصـــحية تـــأتي بالمرتبـــة الأولى من حيث الأهمية في نجاح عملية تسويق الخدمة .

1ــ1 - 3 : المزيج الخدمي الصحي :

ويقصد به مجموعة خطوط الخدمات أو التشكيلة الخدمية التي تقدمها المستشفى للعملاء .

1 ــ1 - 4 : سعة المزيج الخدمي : Breadth

حيث تشير سعة المزيج الخدمي إلى عدد خطوط الخدمات الصحية المختلفة التي تقدمها المستشفى في مختلف الاختصاصات الطبية العلاجية والوقائية .

1 ــ1 - 5 : عمق المزيج الخدمي : Depth

ويشير عمق المزيج الخدمي على عدد الخدمات المقدمة ضمن كل خط من خطوط الخدمات الصحية أي مدى التنوع بالخدمات المقدمة داخل الخط الواحد مثل خدمات قسم العمليات قد يتضمن (عمليات القلب ــ عمليـــات المجاري البولية ــ عمليات الجهاز الهضمي ــ عمليات العين ــ عمليات التجميل ... الخ)

---

[30] - Solomon , Physician management , 1997 , P18

1 ــ1 - 6 : تناسق المزيج الخدمي : Consistency

ويقصد به درجة ارتباط الخدمات المقدمة مع بعضها البعض من حيث متطلبات تقــديمها وتأديتهــا بالشــكل الملائم للعميل .

إن عملية تحديد المزيج الخدمي الصحي تتأثر بأهداف المستشفى إذ أن المستشفيات التي تطمح لمكانة كبيــرة في السوق وزيادة حصتها السوقية تختار توسيع مزيجها الخدمي الصحي بإضافة خدمات جديــدة أو تعميــق مزيجها الخدمي .

1 - 2 ــ سياسة التسعير للخدمات الصحية :

1 – 2- 1 : مفهوم سياسة التسعير للخدمات :

إن السمات الأساسية للخدمات الصحية تؤثر في تحديد السعر بالإضافة إلى الاعتبارات الأخرى المؤثرة على السعر كالمنافسة والتكاليف والطلب ويمكن تصنيف تأثير سمات الخدمة الصحية على الســعر علــى النحــو التالي:

آ ــ **عدم القابلية للتخزين** : لذلك فإن التغير في الطلب على الخدمة الصحية ليس من السهل تلبيته من خلال استخدام المخزون وهذا له مضامين سعرية . ما هي هذه المضامين ؟ رفع السعر ؟ تقديم حسميات ؟

ب ــ **إن صفة اللاملموسية للخدمة الصحية** لها العديد من التطبيقات التسعيرية فالمستخدمون للخدمة للمــرة الأولى قد يجدون صعوبة كبيرة في فهم وإدراك ما يحصلون عليه مقابل ما يدفعونه من نقود و اللاملموســية للخدمة الصحية تعني أيضاً أن الخدمة المقدمة قد تكون أكثر سهولة في إمكانية تنويعها من المنــتج المــادي الملموس وبالتالي مستوى الخدمة ونوعية الخدمة وكمية الخدمة يمكن تعديلها حسب طلب العميل وفي النهايــة قد يخضع السعر لعملية التفاوض بين العميل ومقدم الخدمة .

ج ــ **حينما تكون الخدمات متجانسة** (خدمة التحاليل الطبية ــ خدمة التصوير الشعاعي) فغالباً مــا تكــون الأسعار أكثر تنافسية ومن جهة أخرى فإن نقابة الأطباء ووزارة الصحة قد لا تشجع على تخفيضات الســعر وبالتالي قد تحدد قائمة بالأسعار التي يجب على الأعضاء الالتزام بها .

د ــ **إن خاصية التلازم للخدمات الصحية** أي عدم انفصال مقدم الخدمة عن الخدمة قــد تفــرض محــددات جغرافية أو زمنية على الأسواق التي يمكن خدمتها وإن درجة المنافسة داخل هذه المحــددات ســتؤثر علــى الأسعار التي تتقاضاها المستشفيات . كيف تؤثر ؟

1 – 2- 2 ــ التسعير و الاستراتيجية التسويقية :

إن تكامل الاستراتيجيات التسويقية يعني أن جميع عناصر المزيج التسويقي تصاغ وتنفــذ بطريقــة واضــحة وتتناسب مع الأهداف الموضوعة في تلك الاستراتيجيات والتسعير هو أحد هــذه العناصــر التــي لا يمكــن تجاهلها في التخطيط التسويقي وعند تحديد الأهداف التسعيرية للخدمة الصحية هناك عدد من العوامل لابد من أخذها بالاعتبار :

آ ــ المكانة السوقية المخطط لها لمنتج الخدمة الصحية .

ب ــ مرحلة دورة حياة المنتج الخدمي .

ج ــ مرونة الطلب .

د ــ الوضع التنافسي .

هــ - اعتبارات التكاليف

و – الدور الاستراتيجي للسعر[31]

فبناء" على هذه العوامل يتم وضع استراتيجية سعرية تتناسب بطريقة ما مع العناصر الأخرى في المزيج التسويقي بحيث يتم التنسيق بينها بالشكل الذي يحقق أهداف المستشفى .

1 – 2 - 3 : **طرق تسعير الخدمة الصحية** :

من أهم الطرق شيوعاً واستخداماً في تسعير الخدمات الصحية مايلي :

أ) التسعير حسب التكلفة

1) التسعير الموجه نحو الربح :

وهذا النوع موجه لتحقيق الحد الأدنى من الأرباح المستهدفة والأسعار تثبت عن طريق نقابة الأطباء أو وزارة الصحة فإذا كانت عملية الدخول للسوق صعبة فإن الأسعار ستعتمد على قدرة العميل ورغبته على الدفع وبالتالي فإن طريقة التسعير حسب السوق هي الملائمة .

2) الأسعار المراقبة من قبل الحكومة :

الحكومة تضبط الأسعار بهدف حماية العملاء وذلك من خلال تثبيت الأسعار على التكلفة الإضافية أو على أساس هامش الربح .

ب) التسعير حسب السوق :

1) السعر الموجه نحو المنافسة :

عن قبول الحصة السوقية الحالية أو الحفاظ عليها أو زيادتها يكون من خلال اتباع سياسات تسعيرية هجومية فالمستشفى إما أن تحدد أسعار خدماتها بصورة أقل أو مساوية أو أعلى من أسعار منافسيها وهذا يعتمد على قوتها ومكانتها السوقية وقدرتها على مواجهة المنافسين أو تجنبهم .

2) السعر الموجه نحو العميل :

تحدد الأسعار بناء على اتجاهات وسلوك العملاء أي يتم تحديد السعر بناء على تقييم العمل لجودة وتكلفة الخدمة المقدمة له .إن تحديد سعر الخدمة الصحية يرتبط بمفهومين هما القيمة والمنفعة فأسعار الخدمة الصحية يعتمد على القيمة المدركة أكثر من الكلفة . فإذا اعتقد العميل أن سعر الخدمة الصحية المقدمة له أعلى من القيمة المتوقع أن يحصل عليها فإنه يقرر عدم استخدامها وبالتالي فإن على المستشفى أن تخفض السعر أو أن تخسر عملائها إن قيمة الخدمة الصحية و سعرها يعتمدان على السوق وبالطبع تلعب المنافسة دوراً مهماً في سعر الخدمة الصحية في السوق .

---

[31] - هاني الضمور ، مرجع سابق، 2005 ، ص253

إن من أهم الصعوبات التي يمكن ذكرها فيما يتعلق باستخدام هذه الطرق في تسعير الخدمة الصحية هي صعوبات ومشكلات استخدام طريقة التكاليف[32] .

وذلك بسبب صعوبة إيجاد وحدة حساب للخدمة لأغراض التكاليف وذلك بسبب ارتفاع درجة اللاملموسية في الخدمة الصحية وبسبب العنصر البشري والذي يعتبر العنصر الرئيسي في تقدير تكلفة الخدمة الصحية فمن الصعب قياس وتقدير الوقت المبذول في إنجاز الخدمة الصحية وتوزيع التكاليف المتغيرة (تكلفة الكادر التمريضي والخدمي والإداري)أيضاً يعد مشكلة أخرى[33]

1- 2-4 ـ السياسات والتكتيكات السّعرية للخدمة الصحية :

إن العديد من التكتيكات السعرية المطبقة في بيع السلع المادية يمكن تطبيقها في بيع الخدمة الصحية وفي كلا الحالتين فإن التكتيكات المستخدمة تعتمد على نوع الخدمة وطبيعتها وعلى السوق المستهدف والظروف المحيطة ومن أهم التكتيكات السّعرية للخدمات الصحية مايلي :

1- التسعير المرن أو المتفاوت .
2- التسعير المكفول
3- أسعار القيادة الخاسرة
4- التسعير المهني .
5- الأسعار الفردية
6- الحسومات السّعرية
7- أسعار الجودة المرتفعة
8- الأسعار التفاوضية
9- أسعار المكانة الاجتماعية
10 ـ المزادات التنافسية .

<u>1-3ـ سياسة الابتكار والتطوير للخدمات الصحية :</u>

1-3-1 : مفهوم سياسة الابتكار والتطوير للخدمات الصحية :

إن المنافسة الشديدة والمتزايدة تفرض على المستشفيات العمل المستمر والحثيث لإيجاد وتطوير الخدمات الصحية ولتبقى المستشفى في القمة في سوقها يجب أن تقوم بتقديم خدمات صحية جديدة ومطورة ويمكن أن تأتي الخدمات الصحية الجديدة من قبيل المصادفة ولكن لا يمكن الاعتماد دائماً على المصادفة لذلك لابد من الاستمرار بإنتاج وتقديم خدمات صحية مطورة من خلال نظام لتطوير وتقديم خدمات صحية جديدة وهذا يتطلب نظام معلومات تسويقي وتوفير معلومات عن السوق والمنظمات المنافسة والتطور التكنولوجي وتتمثل المخاطرة المرتفعة لعملية ابتكار وتطوير الخدمات الصحية في ارتفاع التكاليف بشكل كبير وارتفاع معدل الفشل عند التقديم للسوق ومع ذلك فإن المنظمات الصحية تتّجة نحو تطوير خدماتها القديمة وليس تطوير خدمات جديدة وذلك لأن احتمالية فشل الخدمات الجديدة قد تصل إلى 80 % وتستطيع المستشفى أن تطور الخدمة الصحية من خلال مدخلين [34]:

1- مدخل التملك وذلك باتّباع أسلوب أو أكثر من أساليب التالية :

---

[32] - Lovelock , Wirtz , service marketing , 2007 , P146

[33] - هاني الضمور ، مرجع سابق، 2005 ، ص251

[34] - هاني الضمور ، مرجع سابق، 2005 ، ص221

آ ــ شراء مستشفى أخرى تمتلك الخدمة .

ب ــ شراء حقوق امتياز لمستشفى تملك الخدمة .

ج ــ شراء حقوق براءة اختراعات وابتكارات .

2 ــ مدخل تطوير الخدمة الصحية الجديدة إما بالاعتماد على الذات أو إبرام عقـود مـع شـركات متخصصة أو جامعات لتطوير الخدمات الصحية .

1-3-2 : الأبعاد الواجب توافرها في الخدمة الجديدة في المستشفى :

آ ــ الصفة المميزة للخدمة : attributes service

وترتبط هذه الصفة أساساً بجوهر الخدمة الصحية المقدمة في المشفى والتي تتكون عادةً من عـدة إجـراءات مختلفة ومتمايزة فيما بينها فقد تكون تشخيصية أو علاجية أو كلاهما معاً .

ب ــ المنافع المرجوة من الخدمة :

وقد تتجسد هذه المنافع بعدة عناصر مختلفة قد يحصل عليها المريض أو غيره من عملاء المشفى لمواجهـة متطلباتهم واحتياجاتهم الصحية ، و يطلق عليها خدمة المرضى المحققة للعمل وهي تتضمن الإدراك الحقيقـي لكفاءة العمل المعد بشكل ملموس أو غير ملموس بالشكل الذي يحقق شعور الرضا والاطمئنان لـدى العميـل تجاه ذلك العمل .

ج ــ الخدمات السائدة :

وهي عبارة عن الإجراءات المضافة والتي تقدمها المستشفى إلى الخدمة الصحية المقدمة للعميل منها حجـز الغرف وتحديد المواعيد وموظفي الاستقبال والنظافة إضافة إلى خدمات الاتصالات والعلاقـات العامـة مـع الجهات الخارجية بين المستشفيات والجمعيات الاجتماعية والمنظمة الرسمية .

1-3-3 : عوامل إدخال الخدمات الصحية الجديدة :

هناك عاملان أساسيان تتوقف عليهما عملية إدخال الخدمات الصحية الجديدة وهما :

1- حاجة المرضى وأفراد المجتمع الحقيقية إلى تلك الخدمات الجديدة في السوق المستهدف وهي تتبلـور وتظهر بناءً على دراسة الجدوى الاقتصادية والاجتماعية المحققة من هذه الخدمات الجديدة .

2- كفاية وكفاءة الموارد المتاحة لدى المستشفى سواء كانت مالية أو بشرية أو أجهزة أو معـدات فنيـة تكون قادرة على إنتاج الخدمة بالشكل المطلوب وبالتالي تسـويق هـذه الخدمـة بشـكلها الصـحيح والمناسب للسوق المستهدف ، هذا وإن إدخال الخدمة الصحية الجديدة إلى برنامج عمـل المستشـفى يعود استناداً إلى الاستراتيجية المعتمدة من قبل الإدارة العليا وما تخططه من برامج تنفيذيـة معـدة للسوق المستهدف .

1-3-4 : عوامل نجاح عملية الابتكار والتطوير للخدمات الصحية :

هناك عدة عوامل يجب أخذها بعين الاعتبار لكي تنجح عملية الابتكار والتطوير .

1- الميزة النسبية أو يقصد بها الدرجة التي يكون فيها المبتكر الجديد متوافقاً مع المنتجات الصحية القائمة بالمستشفى والتي تعكس ميزته النسبية من حيث الكلفة المخفضة الاستجابة السريعة للحالة المطلوبة الأمان العالي من الآثار العرضية المحتملة من الخدمة الصحية الجديدة في الاستخدام الأمثل والأجدى في التأثير ، تقبّل العميل للخدمة وتفاعله معها وبالتالي تصبح الميزة النسبية بمثابة درجة التفوق التي تتمتع بها الخدمة الصحية الجديدة قياساً بالخدمات المماثلة في المستشفيات الأخرى .

2- الانسجام : وهو مستوى التطابق والتوافق للخدمة الصحية المبتكرة مع القيم الثقافية والتقاليد الاجتماعية السائدة في المجتمع والممكن قبولها بحيث أن تقديم الخدمات لا يجب أن يتعارض مع تلك القيم والخدمات مثلاً كعمليات تجميل أو زرع الأجنة .

3- التعقيد :يجب أن تنجز الخدمة الصحية المبتكرة بالبساطة والوضوح لدى عامة المجتمع لخدمتها . بحيث يمكن أن يتعرف على خصائصها وفوائدها المتحققة ويمكن فهم النتائج المتحققة منها أو المتوقعة، كي يمكن أن يكون هناك تبني لهذه الخدمة بوقت مبكر من قبل المرضى وأن لا تطول فترة الإقدام على التعامل مع هذه الخدمة لأن ذلك يحمّل المستشفى تكاليف إضافية وتتوقف عن الاستثمار المناسب لطاقات العمل التشغيلية [35].

4- التجربة : وهي عدد الاختبارات التي تجرى على الخدمة الصحية المبتكرة لتأكيد النجاح المطلوب تحقيقه باتجاه خلق الضمان والأمان لدى الجمهور في تبني هذه الخدمة المقدمة لهم .

وبعد التأكد من هذه العوامل وغيرها والتي تتبع من خصوصية المستشفى أو الخدمة المطلوب تقديمها فإن عملية التطوير للمنتج يمكن أن تمر بالمراحل التالية :

1- نشوء الفكرة .
2- غربلة الأفكار .
3- تطوير واختبار المفهوم .
4- استراتيجية التسويق .
5- تحليل الأعمال .
6- تطوير المنتج .
7- اختبار السوق .
8- الاتجار .

1-3-5 : أسباب فشل المنتج الصحي الجديد :

إن أسباب فشل المنتج الصحي الجديد سواء كان بشكله الملموس أو غير الملموس يمكن أن يعود إلى واحد أو أكثر من الأسباب الآتية :

1- التقدير غير الدقيق لفاعلية المنتج الصحي المقدم إلى السوق .

---

[35] - ثامر بكري ، مرجع سابق، 2005 ، ص159

2- ردود أفعال غير متوقعة من المنافسين عند إدخال الخدمة الصحية إلى السوق .

3- التوقيت غير المناسب لطرح وتقديم الخدمات الصحية الجديدة للسوق .

4- التقديرات غير الدقيقة للكلف المترتبة على إنتاج الخدمة الصحية [36]

1-4 ـ سياسة تطوير المكانة الذهنية للخدمات الصحية :

1-4-1 : مفهوم المكانة الذهنية :

إن المكانة الذهنية أو الصورة الذهنية هي مجموعة المعتقدات والأفكار والانطباعات التي يحملها الأفراد عن الشيء[37]،فالصورة الذهنية تتعدى مجرد كونها اعتقاداً عن منظمة ما ولكنها مجموعة متكاملة من التصوّرات التي قد يحملها الأفراد عن المنظمة ومن المهم التنويه إلى أن مجموعة الأفراد الذين يحملون الصورة الذهنية عن منظمة ما لا يعني أن لهؤلاء الأفراد نفس المواقف تجاه هذه المنظمة وذلك بسبب اختلاف الأوزان أو الأهمية النسبية للمعتقدات التي يحملونها فيما بينهم مما يؤدي في النهاية إلى سلوك مختلف .

1-4-2 : قياس المكانة الذهنية :

توجد عدة طرق لقياس المكانة الذهنية يمكن أن تستعين بها المستشفى لتحديد المكانة الذهنية لها في سوقها المستهدف ومنها:

1- مقياس مدى المعرفة والتفضيل : ويتم فيها قياس مدى معرفة العملاء بالمنظمة وهل كون عنها صورة ذهنية مألوفة وهل ارتقت إلى مستوى تفضيله أم لا .

2- مقياس التمايز للمعاني المتضادة : وهذه الطريقة تتألف من قائمة لبعض الصفات المتضادة (واسع ، ضيق ، ملائم / غير ملائم ، الجودة عالية / الجودة متدنية) وهكذا وفي ظل مقياس متدرج يطلب من المستقصى عنه وضع علامة على الدرجة التي يشتمل عليها المقياس .

3- مقياس الأبعاد المتعددة : وهو من المقاييس المعقدة وهو فاعل في قياس ومقارنة إدراك العملاء لصور عدد من المنظمات الصحية وتطبيق هذا المقياس يمكننا من الحصول على تمثيل مرئي للتشابه والاختلاف بين صور المنظمات الصحية التي خضعت للقياس من خلال خريطة الإدراك .

4- المقياس المباشر للمواقف : هذا المقياس مرادف لطريقة التمايز للمعاني المضادة وهو يتضمن تطوير طريقة قياس الصورة الذهنية من ناحيتين :

آ ــ المعتقدات حول الآثار السلبية والإيجابية الناتجة عن سلوك معين .

ب ــ الأوزان أو الأهمية النسبية لكل أثر من الآثار المتوقفة وميزة هذا النموذج أنه يركز على السلوك والذي تهتم به المنظمات الصحية .

---

[36] - ثامر بكري ، مرجع سابق، 2005 ، ص188

[37] - هاني الضمور ، مرجع سابق، 2005 ، ص172

1-4-3 : تحديد المكانة الذهنية للمنظمة الصحية :

إن عملية تحديد المكانة الذهنية للمؤسسة تعتمد بشكل كبير على القيام بتحليل القطاعات السوقية التي تخدمها المؤسسة وتحليل المنافسة بالإضافة إلى أن القيام بتحديد نقاط القوة والضعف للمنظمة ،

وإن بعض المنظمات تعمل على إبقاء مكانتها في السوق غير واضحة إلا أنه عندما تشتد المنافسة في القطاع الذي تنتمي له المنظمة فإن المنظمة صاحبة المزايا التنافسية المختلفة هي فقط القادرة على البقاء في السوق .

ويمكن تعريف عملية تحديد المكانة الذهنية بأنها العمل الذي يتضمن تصميم الصورة الذهنية للمنظمة وتقييم عروضها بالشكل الذي يستطيع من خلاله العملاء أن يتفهموا ويقدروا ما تقوم به المنظمة بالنسبة إلى منافسيها[38].

إن عملية تحديد المكانة الذهنية تتضمن :

1- خلق أو إيجاد تمايز حقيقي .

2- إيصال هذه الصورة الذهنية المتميزة للمستهلكين .

1-4-4 : دور الدليل المادي في المكانة الذهنية للمنظمة الصحية :

يمكن التميز بين نوعين للبنية المادية :

1- **الدليل المحيط** : يعد الدليل المحيط أو الشكلي جزءاً فعلياً في عملية تقديم الخدمة الصحية إلا أن قيمته وحده لا تعد قيّمة ولا أهمية لها فالدليل المحيط يؤكد على الخدمة ولكنه ليس بديلا عنه ، فالدليل المحيط يضاف إلى قيمة الدليل الأساسي للخدمة فقط في حالة تقدير العميل لدلائل تلك الخدمة وذلك مثل المناشف والأغطية و الوسائد وعلب المناديل والديكور والهدايا والصور التي تحمل شعار المشفى واسمها مما يعزز المكانة الذهنية لها لدى العملاء .

2- **الدليل الأساسي** : وهو يعكس الدليل الخارجي ولا يمكن للعميل امتلاكه ولكنه مهم جداً في تأثيره على قرار استخدام الخدمة حتى أنه يعد عنصراً مهماً بحكم وضعه فالمظهر الخارجي العام وتصميم المشفى ولباس الملاك الطبي والتمريضي وملاك الخدمة والاستقبال والإدارة بالإضافة للأثاث الداخلي ونوعية الأجهزة المستخدمة وأسماء الأطباء كلها جميعاً أمثلة على الدليل الأساسي . فكل ذلك يشكل عناصر تؤثر على وجهة نظر العميل وحكمه على نوعية الخدمة وبالتالي على المكانة الذهنية لديه عن هذه المشفى .

1-5ـ سياسة الاتصالات التسويقية :

1-5-1 : مفهوم عملية الاتصال التسويقي :

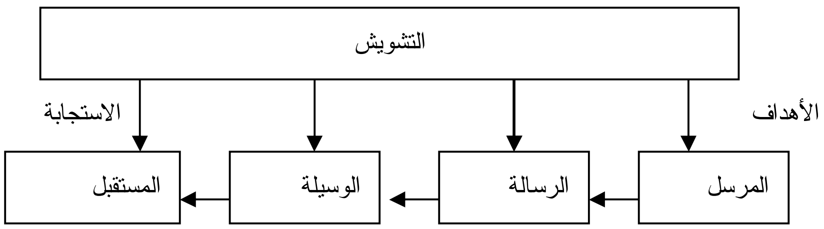
إن طبيعة الاتصالات في القطّاع الصحي تأخذ طابعاً شخصياً لموظفي المكتب الأمامي والعميل فالاتصال الشخصي المباشر بجميع حسناته وسيئاته قد يؤثر مباشرة على أداء الخدمة الصحية في الأجل القصير أو

---

38 - هاني الضمور ، مرجع سابق، 2005 ، ص178

على العلاقات في الأجل الطويل[39] ، فالعملاء قد يفضلون أحد الموظفين بالذات لخدمتهم دون الآخرين وهــذا لا يعني بأن الاتصال غير المباشر لا يحدث في ترويج الخدمة الصحية فقد يحدث بصورة مكتوبة أو مرئيــة من خلال الإعلانات مثلاً وذلك لدعم الاتصال الشخصي أو لجعل الناس يشعرون بالثقة تجاه الخدمة الصــحية المقدمة ، وقد يحدث الاتصال بطريقة غير لفظية كلغة الجسد وتعبيرات الوجه .

ــ إن عملية الاتصال تتطلب وجود مرسل ومستقبل ، فالمرسل تكون له أهداف تتبلور من خــلال اســتجابة المستقبل له وتتم هذه العملية من خلال رسالة يتم نقلها بواسطة وسيلة ما ولابد أن يتخلل هذه العملية بعــض العوائق ويمكن تجسيد هذه العملية بالشكل التالي :



الشكل (14) عملية الاتصال التسويقي[40]

فالمنظمة ترسل رسالة لتحقيق هدف معين . فالرسالة قد تهدف إلى إبلاغ العميل أو قد يكون الهــدف التــأثير على موافقته أو على تكرار التعامل معه.

والخطوة الأولى في عملية الاتصال هي ترميزها وهذا يعني وضع الأفكار على شكل أفكار أو رموز ، فعنــد تصحيح الرسالة يجب أن يكون لدى المرسل معرفة بخبرة ثقافة المستقبل لها ، وبعد صياغتها يتم إرسالها من خلال قنوات الاتصال المناسبة وبعد أن يستقبلها الجمهور المستهدف يتم فك رموزها[41] ، وذلك يعنــي مــدى استجابة المستقبل للرسالة يعتمد على عوامل مثل المصداقية والثقة بالمرسل إضافة إلى أن المرسل يجــب أن يأخذ بعين الاعتبار معالجة عامل التشويش والقلق ، فالتشويش يعمل على تحريك معاني الرسالة وقــد يكــون التشويش لأسباب إما نفسية أو اجتماعية أو مادية .

2-5-1 : أهداف الاتصالات التسويقية : و تتمثل في

1 ــ خلق الوعي والاهتمام بالخدمة الصحية التي تنتجها المنظمة .

2 ــ تغيير عرض الخدمة التي تنتجها المنظمة عن المنافسين .

3 ــ إيصال ووصف فوائد الخدمات المتوفرة .

4 ــ الحصول على سمعة جيدة للمنظمة الصحية .

5 ــ إقناع الزبائن باستخدام الخدمة

فالهدف من أن جهد ترويجي هو تقديم الخدمة من خلال الإعلام والإقناع والتذكير .

---

39 - Bowcrsmr , Kifcci , comparing and contrasting the medical and marketing , 2002 , P247

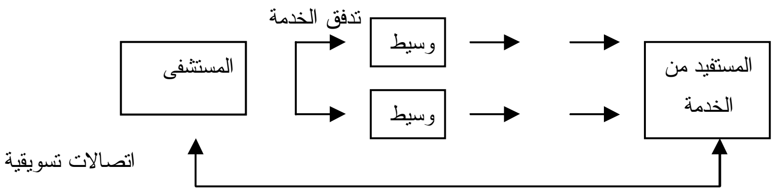
40 - هاني الضمور ، مرجع سابق، 2005 ، ص273

41 - ثامر بكري ، مرجع سابق، 2005 ، ص236

1-5-3:طرق الاتصالات التسويقية للخدمة الصحية :

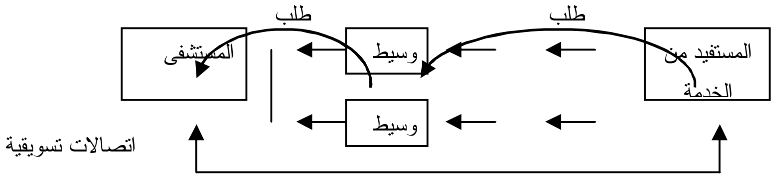
هناك طريقتان يمكن أن تعتمد عليهما المستشفى في عملية الاتصـــال وتطـــوير علاقتهـــا مـــع الجمهـــور أو الأطراف المتعاملة معها و الطريقتان هما :

أ- **طريقة الدفع** :و يوضح الشكل (15) هذه الطريقة حيث تعتمد المستشفى مـــن خلالهـــا علـــى الاتصـــال بالمحطة التالية لها و المتمثلة في وسيط يقوم بدوره بالاتصال بالمريض بصورة مباشرة أو من خلال وكـــلاء أو مندوبين و عبر وسائل الاتصال مباشرة أو من خلال إيصال رسائل ترويجية متمثلة بالبروشـــورات أو أي طريقة ترويجية أخرى ، مع التنويه على أنه يمكن أن يلعب دور الوسيط الأطباء و الممرضين كونهم باتصال مباشر مع المستفيدين من الخدمة الصحية .



الشكل (15) تدفق الخدمة بطريق الدفع المصدر بتصرف[42]

ب- **طريقة السحب** : يوضح الشكل (16) هذه الطريق حيث تعتمد المستشفى من خلالها على الاتصال بشكل مباشر بالطرف الأخير والمتمثل في المستفيد من الخدمة عبر وسائل الاتصال التسويقية الواسعة الانتشار مثل الإعلام وغيره و ذلك لحث المستفيد من الخدمة الصحية لطلب الخدمة من الوسطاء وصولاً إلى المستشفى .



الشكل (16) تدفق الخدمات وفق طريقة السحب المصدر بتصرف[43]

1-5-4 : عناصر الاتصالات التسويقية للخدمة الصحية :

من الضروري عند وضع خطة الاتصالات التسويقية للخدمة الصحية تحديد الجمهور المســـتهدف والأهـــداف بصورة دقيقة ومتناهية وهذا يجب أن ينسجم مع الأهداف العامة للمنظمة واستراتيجية التسويق و مـــن أهـــم عناصر الاتصالات التسويقية :

1- **البيع الشخصي**: يعد العمود الفقري للاتصالات في تسويق الخدمة الصحية وذلـــك لأن شـــراء الخدمـــة الصحية يتماشى مع إدراك مخاطرة عالية نسبياً خصوصاً في المراحـــل الأولـــى الصـــحية شـــراء الخدمـــة الصحية.

---

[42]- ثامر بكري ، الاتصالات التسويقية و الترويج ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع- عمان – 2006

[43] -.ثامر بكري ، مرجع سابق- 2006 ، ص305

إن تطبيق هذه الوسيلة لا غنى عنه وهي تستهدف عدداً محدوداً من العملاء وسوقاً صغيراً لذلك تعتبر مرتفعة الثمن ، ويعد البيع الشخصي الوسيلة الأكثر استخداماً وهو ينتج عند درجة ولاء مرتفعة للعميل بالنسبة لمقـدم الخدمة الصحية ، وغالباً فإن العميل يرغب بالاتصال الشخصي بمقدم الخدمة الصحية .

2- **الإعلان** : وهو شكل من أشكال الاتصال الغير مباشر ويستخدم الإعلان للتأثير على توقعات المسـتهلكين بالإضافة إلى أنه يساعد مقدمي الخدمة الصحية على تمييز أنفسهم عن غيرهم من المنافسين مـن خـلال الإعلان عن معدات و تجهيزات طبية جديدة و استخدام أسـاليب حديثـة و اسـتقدام أطبـاء أخصـائيين مشهورين ، إن من الضروري تصميم رسالة واضحة من الإعلان لأن الرسالة يجب أن تلبـي توقعـات مختلفة ، ويعد الإعلان وسيلة لإخبار العميل عن الخدمة والدور المتوقع الذي يلعبه مقدم الخدمة في عملية تقديم الخدمة .

3- **الاتصالات بالكلمة المنقولة** :

تعد الكلمة المنقولة عاملاً مؤثراً في إدراك الجودة ، لكن من الصعب السيطرة عليها والسبب في ذلـك هـو استقلالية الشخص الناطق للكلمة ، فوسيلة الاتصال بالكلمة المنقولة غير مدفوعة الثمن وليس بالضـرورة أن يكون موظفاً بالمنظمة وإن ردة الفعل (الاستجابة) على الكلمة المنقولة تعتمد على ذاتها والخبـرة والتجربـة الشخصية إذ أنه يمكن لأحد ما إدارة الكلمة المنقولة من قبل مقدم الخدمة ، فأعضاء في نـادي صـحي قـد يحصلون على خصم مقابل تقديم أصدقاء جدد لهم والشهرة الإعلانية والدعاية لها تأثير قوي تجعل العلاقـات العامة عنصراً مهماً في مزيج الاتصال لمقدم الخدمة .

4- **التسويق المباشر وقاعدة البيانات التسويقية** :

يهدف إلى بناء علاقة بين مقدم الخدمة والعميل والحفاظ عليها فالعمل من خلال الكتابة يدعى بالبريد المباشـر والعمل من خلال الهاتف بالتسويق المتلفن ، والتسويق المباشر يمكن تطبيقه فـي قنـوات التوزيـع كوسـيلة ترويجية فالفائدة الرئيسية لهذه الوسيلة هي طريقة شخصية في بناء الاتصال الأول والطريق اللاحـق الـذي يمكن الحفاظ عليه لذلك فهذه العملية تعتمد على قاعدة البيانات وأنظمة قاعدة البيانات ، لأنه يمكن اسـتخدامها لأنشطة التسويق المباشر أو إجراء أبحاث عن العملاء . إن قاعدة البيانات تقود التسويق المباشر وتعمل على تحسين كفاءة وفاعلية الاتصال[44].

5- **الانترنت** : يمكن من خلال شبكة الانترنت إخبار العملاء الحاليين و المحتملين عن الخـدمات التـي تقدمها المستشفى حيث أن عملاء كثيرين يستخدمون شبكة الانترنت لذلك فإن بإمكانهم البحـث عـن الخدمة التي يحتاجونها فالانترنت يوظف كوسيلة للبحث عن المعلومات ولتخفيض المخاطر المدركة.

6- **طرق ترويج الخدمة الصحية** : وهي تتعلق بمجموعة الوسائل الهادفة إلـى تحفيـز سـلوك العميـل لاستخدام الخدمة في الفترة قصيرة الأجل ، ومن أكثر طرق تنشيط المبيعات اسـتخداماً الكوبونـات الشهادات التي تؤهل حاملها على الحصول على حسومات حق استرجاع الـثمن ، الحصـول علـى

[44] - هاني الضمور ، مرجع سابق، 2005، ص284

الخصم نتيجة الاستخدام ، الحصول على بطاقة عضوية مجانية بالإضافة إلى المراجعة المجانية خلال فترة زمنية محددة ، فهي الطريقة لجذب العملاء والمحافظة عليهم وذلك لشدة المنافسة وهي وسيلة فعالة إلى دعوة العملاء إلى التجربة الأولى في الخدمة وبالتالي تعد المرحلة الأولى في بناء علاقة طويلة الأجل مع العملاء

<u>6-1 ــ سياسة التوزيع :</u>

1-6-1 : مفهوم التوزيع الصحي :

يعني التوزيع ما يمكن استخدامه أو التفاعل معه من منشآت أو أفراد لإيصال المنتج إلى السوق وعند الحديث عن التوزيع الصحي فاستخدام مصطلح المكان يحل محل مصطلح التوزيع وهو بالطبع لا يقصد به الموقع الجغرافي أو المادي فقط لتقديم الخدمة الصحية بل أنه يشير إلى مظهر المستشفى وقدرتها على تقديم الخدمات المرضية للعملاء وذويهم والاستعمال المناسب للمساحات الداخلية للمستشفى وسهولة الوصول إلى ذلك الموقع وهذا يعني بأن المكان في المزيج التسويقي يعني تقديم التسهيلات المناسبة وجعلها متاحة قدر الإمكان للمرضى للحصول على الخدمة الصحية التي يسعون للحصول عليها .

ويمكن تعريف التوزيع الصحي على أنه : مختلف النشاطات التي تتولاها المستشفى لجعل الخدمة الصحية سهلة المنال للمريض مكانياً وزمانياً وسعرياً ومعلوماتياً ، حيث تعني متغيراته :

ــ **المكان** : هو الموقع الجغرافي لتقديم الخدمة فضلاً عما يحيط به من تسهيلات مختلفة من شأنها أن تحفز على شراء الخدمة الصحية والحصول عليها .

ــ **الزمان** : هي مجموع الأوقات التي تعطيها المستشفى في التقديم للخدمة الصحية حيث كلما كان تقديم الخدمة على مدى أطول من ساعات اليوم كلما كان التوزيع أفضل للمرضى .

ــ **السعر** : ويعني تأثير الكلفة على القيمة النهائية للخدمة الصحية المقدمة للمرضى القادرين على دفعها

ــ **المعلومات** : ويقصد بها معرفة المستهلكين بعامة والمرضى بخاصة عن طبيعة الخدمات الصحية المقدمة من قبل المستشفى وبخاصة من حيث نوعيتها وطريقة تقديمها وتوقيتاتها والتطورات الحاصلة فيها[45].

2-6-1 : القرارات المتعلقة بتوزيع الخدمة الصحية :

إن المستشفى باعتبارها منتج للخدمة الصحية وكونها منظمة اجتماعية هادفة بذات الوقت فإنه سيكون أمامها ثلاثة خيارات تتعلق بقرارات التوزيع للخدمة الصحية وهي :

1 ــ الوصول المادي : لكي يتحقق الهدف من إيصال الخدمة الطبية المناسبة إلى المريض فإن الأمر يستوجب تكامل المضامين الرئيسية لتحقيق الوصول المادي من خلال المنافذ التوزيعية التي يتم من خلالها توزيع الخدمة الصحية ،ويمكن أن تأخذ مسارات مختلفة تتأثر إلى حد كبير بطبيعة وخصوصية الخدمة الطبية المقدمة والحالة التي يتم معالجتها ودرجة خطورتها ويمكن للمريض أن يستفيد من واحدة أو أكثر من

[45] - West , Douglas , strategic marketing , 2006 , P153

القنوات العديدة لتوزيع الخدمة الصحية كأن يكون الطبيب ، المركز الصحي ، وحدة الرعاية الجوالة ، مركز الرعاية الأولية ، غرفة الطوارئ في المستشفى ويمكن تقسيم الوصول المادي إلى ما يلي:

أ - **المنافذ التوزيعية للخدمات الصحية** : وتنقسم إلى نوعين :

1- المنفذ المباشر : يتم استخدام هذا الأسلوب عندما يتم تقديم الخدمة بشكل مباشر إلى المريض سواء كان من خلال غرفة الطوارئ التابعة للمستشفى أومن خلال العلاج السريري المقدم من الطبيب .

2 ـ المنفذ غير المباشر : وهي تقديم الخدمة الصحية عبر أكثر من منذ توزيعي يمكن اعتمادها لإيصالها إلى المرضى مثلاً في خدمات علاج الكسور تحتاج إلى خدمات رعاية أولية طبية تقدم للمريض .

ب ـ الموقع : يعني وجود موقع جغرافي يمكن أن تقدم من خلاله الخدمات الصحية التي يحتاجها المريض وهذا يرتبط به أيضا وجود تسهيلات تساعد على الإسراع في تقديم الخدمة سواء كان للملاك الطبي أو لوصول المرضى إلى الموقع العلاجي .

ج ـ التسهيلات : ويقصد به تصميم مباني المستشفى وحالات الانتظار وساحات وقوف السيارات والمظهر الخارجي والحدائق وعدة محطات خدمات التمريض لكل طابق وقسم والممرات الداخلية وغرف الكشف الطبي وهذه جميعها تضيف بعداً مضافاً لتحقيق رضا المريض أو الزائر عن الخدمة الصحية المقدمة وتكسب الخدمة ذاتها صفة الملموسية التي يستطيع من خلالها إدراك جودتها وتميزها عن غيرها من الخدمات الأولى.

2 ـ الوصول الزمني : ويتكون من ثلاثة متغيرات للخدمة يحكمها عامل الوقت وهي :

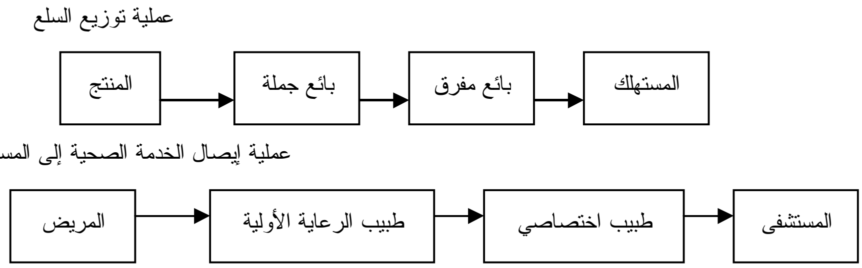
آ ـ عدد الساعات الكافية لتجهيز الخدمة من قبل المستشفى لتقديمها إلى المرضى عند الحاجة إليها .

ب ـ طول فترة انتظار المريض للحصول على الخدمة الصحية .

ج ـ الفترة الزمنية التي تستغرقها عملية اتصال المريض بالمستشفى للحصول على موعد إجراء العلاج الصحي ولا شك بأن هذا العامل له أثر نفسي مهم على المريض وتحديد مدى شعوره في الارتياح أو الضجر من الانتظار .

3 ـ الوصول المعلوماتي :

يختلف تقديم المنتج المادي للسوق الاستهلاكي التقليدي بشكل كبير عما هو عليه في توزيع الخدمات الصحية كما في الشكل (17):



الشكل (17) الفرق بين توزيع الخدمات و السلع [46]

---

[46] - Kotler , Clarke , marketing for health care , 1987 . P395

حيث يمر المنتج المادي عبر تسلسل متتابع من مصدر الإنتاج عبر قنوات التوزيع وصولاً إلى المستهلك أما في الخدمات الصحية فإن الأمر يبدأ من المريض الذي يبحث عن حاجته للعلاج واتصاله بمراكز تقديم الخدمة الصحية الأولية وصولاً إلى المستشفى .

1-7- سياسة العميل (الأفراد) :

1-7-1- مفهوم الأفراد :

يقصد بالأفراد جميع الأشخاص الذين يتعاملون مع المنظمة داخليا أو خارجيا و الأفراد كمصطلح يشمل أيضاً العاملين لدى المنظمة ، وإن أغلب الكتاب عند تعرضهم لهذا المفهوم في مجال الخدمات يقصدون من خلاله البيع الشخصي أي علاقة العميل مع مقدم الخدمة له من دون التعرض لباقي الأفراد المشتركين في تقديم الخدمة على الرغم من وجود جانبين مهمين في مفهوم الأفراد هما[47] :

آ) ــ إن الأفراد يؤدون دوراً إنتاجياً أو تشغيلياً في مؤسسات الخدمة مثل (الموظفين الإداريين أو موظفي الخدمة الفندقية في المستشفى) وهم يشكلون جزءاً مهماً من منتج الخدمة بل هم يساهمون في إنتاج الخدمة مثلهم مثل مقدمها المباشر (الطبيب).ومن الصفات المميزة في الكثير من منظمات الخدمة أن الموظفين المستثمرين يقومون بأدوار مزدوجة ، فهم يقومون بإنجاز الخدمة أو أدائها بالإضافة إلى دورهم في بيع الخدمة

ب) ــ إن العلاقات التفاعلية بين المستفيدين من الخدمة الصحية فيما بينهم تعد في غاية الأهمية في قطاع الخدمات . إن إدراكات المستفيد من الخدمة حول جودة الخدمة قد تتشكل وتتأثر بفعل المستفيدين الآخرين فسلوك المرضى أو ردود أفعالهم قد يؤثر على شكل وجودة الخدمة المقدمة ، والمشكلة لدى الإدارة تكمن في صعوبة السيطرة على طبيعة العلاقات التفاعلية بين المستفيدين من الخدمة وبالتالي صعوبة إدارة وتيسير هذه العلاقات[48].

1-7-2- تسويق العلاقة :إن التفسير الواسع لمفهوم تسويق العلاقة يأخذ ثلاثة جوانب مكملة لبعضها :

1ــ الجانب الأول : أهمية الاحتفاظ بالعملاء :

إن تسويق العلاقة يركز على أهمية الاحتفاظ بالزبائن بالإضافة إلى أهمية استقطاب الزبائن مع التركيز على تطوير علاقات طويلة الأجل وحميمة مع الزبائن القائمين[49] ، إن هذا المدخل ينطوي على تغير درجة تركيز التسويق من تركيز تعاملي تجاري إلى تركيز علائقي مع التأكيد على الاحتفاظ بالزبائن وتقديم خدمة راقية ومتميزة لإسعاده و إشباع رغباته واحتياجاته و تعزيز تمسكه بالمنظمة فالجودة هنا هي الشغل الشاغل لكافة الأطراف العلاقة (الزبون ، منتج الخدمة) .

---

[47] - Zeithaml & other , services marketing , 2006 , P351

[48] - بشير العلاق و زميله ، تسويق الخدمات ،دار زهران-عمان- 1999 ، ص96

[49] - Sargeant , Adrian , marketing management for nonprofit organization , 2005 , P311

2ـ الجانب الثاني : تعزيز العلاقات الداخلية والخارجية :

إن مفهوم تسويق العلاقة يركزعلى تعزيز العلاقات مع الزبائن وإما على تعزيزها مـــع المــوردين ومكاتـــب التوظيف والجمهور الداخلي للمنظمة والجماعات المرجعية ونقابات العمال والمؤسسات الحكومية .

1- العلاقة مع الموردين : تحولت العلاقة بين المنظمة والموردين إلى علاقة دعــم ومصــلحة متبادلــة وتعاون وذلك لأنهم يدركون المنافع التي يمكن جنيها عندما يتم تلبية احتياجات الزبون النهائي .

فالعلاقات أصبحت تستند إلى قاعدة من الثقة والائتمان التي توصل كلا الطرفين إلى بر الأمـــان ، فالعلاقة بين المنظمة والموردين أصبت علاقة مشاركة لأن الموردين يشكلون جزءا من المنتج النهائي .

2- العلاقات مع مكاتب التوظيف : إن موردي الموارد البشرية يغذون المنظمـــات الخدميـــة بـــالخبرات والكفاءات والقوى العاملة المدربة الأمر الذي يدعم توجيهات المنظمة في تحقيق النمو والازدهار لذا من مصلحة المنظمة العاملة بشكل دقيق وبروح الفريق الواحد مع هؤلاء الموردين ، وبالتـــالي بنـــاء علاقة متينة وقوية مع موردي الموارد البشرية ذلك لضمان حصولهم على العدد المطلوب والنوعيـــة المنشودة من الكوادر الكفوءة والمنتجة .

3- العلاقات مع الجمهور الداخلي لمنظمة الخدمة : إن التسويق الداخلي يعد عنصراً مهماً من عناصـــر تسويق العلاقة فالعاملون داخل المؤسسة بحاجة إلى الشعور بالانتماء الحميم إلى منظمـــتهم وهـــذا لا يتحقق إلا من خلال بناء علاقات حميمة صادقة ومخلصة مع المنظمة وعامليها إنهم جميعاً كفريـــق عمل واحد بحاجة إلى فهم مشترك للأهداف المرسومة [50]. إن من الضروري أن تركز استراتيجيات الموارد البشرية على الجمهور الداخلي وعلى ضرورة الاحتفاظ بهم بنفس نسبة الاهتمام والاحتفـــاظ بالعملاء فكلاهما مهتمين لسير عمل المنظمة .

4- العلاقات مع الجماعات المرجعية : يجب أن تركز منظمة الخدمة على تطوير استراتيجية محددة من شأنها تقريب الجماعات المرجعية والتي تشكل مصدراً مهماً من مصادر توفير فرص مربحة بالرغم من أن الزبائن الموالين والأوفياء هم مصدر تقليدي من مصادر نجاح وتطوير المنظمة إلا أن هنـــاك مصادر أخرى مهمة لدعم المنظمة من أمثلتها البنوك وقادة الرأي وفي بعض الأحيان المنافسين .

3ـ الجانب الثالث : تقريب المسافات ما بين التسويق وخدمة الزبون والجودة :

إن تسويق الخدمة يركز على تقريب المسافات ما بين ثلاثة عناصر حيوية (التسويق وخدمة العملاء وجـــودة الخدمة) تشكل العناصر المؤلفة لاستراتيجية تفعيل النشاط وتحقيق أعلى درجـــات المنفعـــة،[51] مـــن خـــلال العلاقات المتبادلة فهذه العناصر ينبغي أن تتكامل إذا كانت المنظمة حريصة على أن تكون في خدمة الزبـــائن وتحقيق الولاء .

---

[50] - بشير العلاق و زميله ، مرجع سابق 1999، ص 178

[51] - بشير العلاق و زميله ، مرجع سابق، 1999 ، ص 179

المبحث الرابع : بناء الاستراتيجيات التسويقية في المستشفيات الخاصة

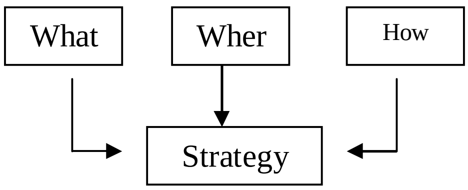
أولاً :مدخل في الاستراتيجية والإدارة الاستراتيجية :

إن المنظمات التي تريد البقاء والاستمرار وتسعى لكي تحقق أهدافها المختلفة فإنــه يتوجــب عليهــا انتهاج وتبني الاستراتيجية في عملية التخطيط والتنفيذ والرقابة لبرامجها المعدة لمواجهة المنافســين وتحقيــق التواصل والاستمرار مع زبائنها . وبالتالي فإن اعتماد الاستراتيجية وعبر التخطــيط الاســتراتيجي والإدارة الاستراتيجية أمر واجب وليس اختياري لمنظمات الأعمال الطموحة للنجاح والتقدم .

1-1ــ تعريف الاستراتيجية : Strategic Definition

لقد عرفها بيتر دركر (Peter Drucker) في خمسينيات القرن الماضي على أنها (تحليــل للموقــف الحالي وتغيره إذا ما تطلب الأمر ، بما في ذلك تحديد ماهية وكمية الموارد[52].

وقدم كانون (Canon) في الستينات تعريف إلى كونها (القرارات الموجهة نحو التنافس وبمــا يحقــق أهداف المنظمة)[53] وفي السبعينيات عرف كليووك (Gluack) الاستراتيجية على أنها (خطة موحدة وشــاملة ومتكاملة توضع لتأمين وتحقيق أهداف المنظمة الأساسية)[54] ويشير هذا التعريف إلــى كــون الاســتراتيجية عبارة عن خطة تأخذ بعين الاعتبار جوانب الشمول والتكامل بحيث تصب باتجاه تحقيق أهــداف المنظمــة . وفي نهايات القرن الماضي وتحديداً في العقد التاسع منها عرف ولكر (Walker) الاســتراتيجية علــى أنهــا (النماذج الأساسية لتخطيط الأهداف و الموارد ، العاملين ، وبما يتوافق مع توجه المنظمــة نحــو الســوق ، المنافسين ، والعوامل البيئية الأخرى المحيطة بها)[55] وهذا التعريف يفترض وجود ثلاث متغيــرات رئيســة لابد أن تحتويها الاستراتيجية وموضحة في الشكل (18) وهي :



الشكل (18) المتغيرات المؤثرة في الاستراتيجية[56]

2-1ــ المتغيرات الرئيسة في تعريف الاستراتيجية :

What : وتعني ما هو الشيء الذي يفترض أن يتم إنجازه من قبل المنظمة ولكي تقوم بالتخطيط له .

Where : ويقصد به أي من المجالات في الصناعة التي تريد المنظمة أن يتم التنفيذ بها أو السوق المنتج الذي تريد أن تركز عليه .

---

[52] - ثامر بكري ، استراتيجية التسويق، دار اليازوي العلمية للنشر والتوزيع،عمان . 2008 ، ص24

[53] - ثامر البكري ، مرجع سابق 2008 ، ص24

[54] - Boyd , Swalker , marketing management , 1990 , P43

[55] - Boyd , Swalker , marketing management , 1990 , P43

[56] - هل شارك و آخرون ، ترجمة رفاعي محمد رفاعي و زميله ، الإدارة الاستراتيجية ، 2002 ، ص29

How: الكيفية التي يمكن أن يتم بها تجميع الموارد والأنشطة لكل (سوق – منتج) ولغرض أن يتم مواجهة الفرص والتهديدات الحاصلة في البيئة ولتحقيق الميزة التنافسية[57] .

1-3 عملية بناء الاستراتيجية Strategy-Building Process :

الاستراتيجية لا تمثل شيء مادي ملموس يمكن شراؤه أو تصنيعه من قبل المنظمة بل هي مزيج متنوع من الخبرات العملية والثقافة التنظيمية والأهداف المطلوبة والمسار المعتمد في التنفيذ والرقابة الخ . وكل ذلك يكون تحت مظلة الرؤية الشاملة لإدارة المستشفى والرسالة التي تضعها في نصب اعتبارها. وعليه فإن بناء الاستراتيجية لا يتم من خلال مكونات مادية محددة بل هي مزيج متنوع ومتعدد الأشكال والتأثير .
فالخطوة الأولى في بناء الاستراتيجية هي في توصيف رسالة المنظمة وتفصيل موضح لكل وحدة من وحدات الأعمال الاستراتيجية وما يجب أن تقوم به[58]. وهذا يتضمن بشكل طبيعي تحليل العوامل البيئية الداخلية والخارجية ، وتأشير و تحديد نقاط القوة و نقاط الضعف التي تعتري عمل المنظمة ،و تحديد وحصر الفرص المتاحة أمام المستشفى من خلال واقع المستشفى المنظور وتحديد التهديدات التي يمكن أن تواجه المستشفى في الوقت الحالي و في المستقبل وهذه التغيرات الحاصلة في البيئة الخارجية و التي يكون لها تأثير مباشر على توجهات المستشفى من خلال إستراتيجيتها التي تقوم في بنائها والخطوة التالية تتمثل في بناء استراتيجية التسويق التي تغطي مهام وحدات الأعمال والخطط التسويقية وصولاً إلى التنفيذ .
وعليه يمكن القول بأن الخطوة الأساسية في بناء الاستراتيجية هو في تحديد ما تريد أن تفعله المستشفى ، ثم تقرر كيف يتم ذلك وعبر اعتماد الأساليب والإجراءات التكتيكية المناسبة والتي يكون لعناصر المزيج التسويقي الحصة الأكبر منها وبخاصة في الأعمال التنفيذية اليومية في بيئة السوق .
و إن عملية بناء الاستراتيجية لا تتوقف عند حدود التنفيذ لها بل يمتد إلى الرقابة والتقييم للأداء والتطوير المستمر للاستراتيجية ووضع البدائل لكل إجراء و لكل خطة تم وضعها وبما يتناسب مع الظروف الداخلية و الخارجية المؤثرة في المستشفى .

ثانياً: الاستراتيجيات السوقيّة :

2-1ما المقصود بالسوق ؟

للسوق معان مختلفة فلجنة التعاريف التابعة لجمعية التسويق الأمريكية تقترح تعريفين هما :

1- مجموع القوى أو الشروط التي في ضوئها يتخذ المشترون والبائعون قرارات ينتج عنها انتقال السلع والخدمات .
2- الطلب الكلي لمشترين المحتملين لسلعة أو خدمة .

---
[57] - ثامر البكري ، مرجع سابق، 2008 ، ص25

[58] - Alen , Jam , strategic marketing , 2007 , P31

- ويرى آخرون أن السوق عبارة عن مجموعة من أشخاص تقوم بأي نوع من أنواع المتـــاجرة (كســـوق العملة مثلاً) [59].

2-2استراتيجيات اختيار السوق المستهدف

إن بعض خبراء التسويق يعتقدون أن المشروع حر في اختيار أي استراتيجية تحقق الأهداف المرســـومة وأن الاختيار الذي يحقق الأهداف ينبغي انتهاجه حتى ولو كان الاختيار شاذاً نوعاً ما عن (المنهجية السائدة) .

وباختصار هناك أربع استراتيجيات بديلة يمكن الاختيار من بينها فيما يتعلق باختيار السوق المستهدف وهـــذه الاستراتيجيات هي :

- التسويق غير المتنوع
- التسويق المتنوع
- التسويق المركز
- التسويق على أساس السوق المضادة

1) التسويق غير المتنوع : Undifferentiated marketing

يحاول المشروع هنا جذب جميع المشترين بواسطة برنامج تسويقي مكثف واحد . والهدف هو إيصال السلعة إلى أكبر عدد ممكن من المشترين . وعليه فإن المشروع يعتمد على استراتيجية توزيعية شمولية ومن حيـــث السلعة فإنها في الغالب تصمم لإرضاء أكبر عدد ممكن من المشترين . مثال : إنتاج مشـــروب الكوكـــاكولا ليناسب أذواق الأكثرية . وتمتاز هذه الطريقة بأنها :

- تحقق أرباح كبيرة (إنتاج كبير ، تكاليف منخفضة)
- انتشار العلامة التجارية ورسوخها .
- القدرة على تحسين نوعية المنتج من خلال البحث والتطوير(منتج معياري واحد ، تســـهل الســـيطرة عليه)

2) التسويق المتنوع Differentiated marketing :

تبذل الجهود التسويقية هنا في عدد محدد من قطاعات لسوق ، والتي يكون انتقاؤها مدروساً وتتضمن أهداف الخطة التسويقية هنا :

أ – تعظيم المبيعات في القطاعات المستهدفة .

ب- توزيع المخاطر المترتبة في حال إخفاق أحد القطاعات .

ت- استغلال سمعة المشروع قطاعياً من خلال الولاء والشراء المتكرر .

ث – استثمار طاقات المشروع الإنتاجية والتسويقية من خلال طرح منتجات متقاربة (عبوة مختلفة لكن لنفس السلعة) .

من مساوئ هذه الطريقة :

---

[59] - Alen , Jam , strategic marketing , 2007 , P62

- زيادة التكاليف الإنتاجية نتيجة زيادة المنتجات والتخزين .
- زيادة التكاليف الخدمية (إدارية ، أبحاث ، تنبؤ بالمبيعات)

3) التسويق المركز Concentrated marketing :

هنا يتم صب الجهود التسويقية في بوتقة واحدة حيث تكون موجهة نحو قطاع واحد وسوق واحدة تحقق الهدف التسويقي ولم يتنبه لها المسوقون الكبار . إلا أن هذه الاستراتيجية إذا لم يحسن استخدامها فقد تنطوي على درجة أعلى من المخاطرة كما يقال : لا تضع كل البيض في سلة واحدة . فإذا ما حصلت تغيرات مفاجئة فقد يصاب المشروع بالانهيار ، كما أن الأرباح العالية قد تغري المنافسين للدخول إلى نفس السوق .

4) التسويق على أساس السوق المضادة Counter segmentation marketing :

إن هذه الاستراتيجية تعكس واقع فعلي اتجهت إليه بعض الشركات التي بدأت باتباع سياسة التسويق غير المتنوع ثم سياسة التسويق المتنوع (تقسيم السوق) ثم أخيراً اتجهت إلى الاتجاه العكسي reverse trend حيث قامت بتقليص عدد القطاعات المستهدفة من السوق .

(العودة إلى المنتج القديم)

ثالثاً :استراتيجية التسويق Marketing Strategy

3-1 مفهوم الإستراتيجية التسويقية:

إن استراتيجية التسويق تهتم بشكل أساسي في الأداء النظمي للمنظمة ككل ، أكثر من التطور المسبق على أنها تنصب على زيادة المبيعات تحديداً وهذا يعني بان استراتيجية التسويق ترتبط مع البيئة من خلال النظرة إلى كون التسويق هو النشاط المسؤول عن دخول المنظمة إلى مجال الأعمال المحدد والمناسب لها أكثر من كونه نشاطا متخصصا في المنظمة فحسب أي بعبارة أخرى إن نجاح المنظمة و استراتيجيتها الكلية يرتبط إلى حد كبير على نجاح إدارة النشاط التسويقي وما يتحقق من استراتيجية التسويق من أداء مناسب ومتوافق مع المنظمة ككل .

استراتيجية التسويق ستجعل المنظمة أكثر قدرة على مراقبة البيئة وما يحصل بها من تغيرات متسارعة تتعلق بالمنافسين ، المجاميع الاستهلاكية ، خيارات الشراء المتاحة أمام المستهلكين تصميم ومستوى جودة المنتج ... الخ هذا وغيره سيجعل المنظمة بالضرورة أكثر قرباً وتوافقاً مع توجهات المستهلك وتلبية حاجاته وبالتالي فإن استراتيجية التسويق ستهتم في خلق قيمة أكبر للزبون،[60] من خلال إشراكه كعنصر مؤثر في المنظمة ومد جسور التواصل معه حتى يرى البعض بأن الزبون جزءاً داخلياً من المنظمة وبخاصة بعد سيادة مفهوم إدارة العلاقة مع الزبون وتسويق العلاقة .

[60] - الدوري زكريا المطلق ، إدارة استراتيجية ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع،2005 ، ص59

3-2 –تعريف استراتيجية التسويق:

عرف John Scully استراتيجية التسويق بأنها[61] :

(سلسلة من الأفعال المتكاملة والتي تقود إلى دعم وإسناد الميزة التنافسية للمنظمة)

وهذا التعريف نراه متوافقاً إلى حد كبير مع ما تم عرضه سابقاً في كون توجه استراتيجية التسويق ينصب على الجانب الكلي لاستراتيجية المنظمة أكثر مما يركز على زيادة المبيعات تحديداً .

كما عرفت باتجاه آخر على أنها (التخصيص الدقيق لموارد المزيج التسويقي في المنظمة وفق ما تتطلبه الأسواق المستهدفة)[62] وبهذا المعنى عرفت أيضاً على أنها (التوزيع المؤثر للموارد والأنشطة التسويقية بشكل متناسق وبما يتوافق مع إنجاز أهداف المنظمة في المنتج – السوق)[63] ويلاحظ في هذين التعريفين أنهما من حيث الجوهر لا يبتعدان كثيراً عما تمت الإشارة إليه سابقاً ، ولكن الشيء الذي تم التركيز عليه هو الخصوصية لاستراتيجية التسويق من خلال الربط بين عناصر المزيج التسويقي والتي تمثل الجوهر الرئيسي للنشاط التسويقي والأسواق المستهدفة التي تمثل الميدان الطبيعي لتطبيق النشاط التسويقي وعبر المنتج المصمم تحديداً لتلك السوق أو أكثر من سوق مستهدف .

وفي تعريف أشمل وأكثر بعداً لاستراتيجية التسويق فقد عرفت على أنها (تطوير لرؤى المنظمة حول الأسواق التي تهتم بها ووضع الأهداف وتطويرها وإعداد البرامج التسويقية بما يحقق مكانة للمنظمة وتستجيب لمتطلبات قيمة الزبون في السوق المستهدف)[64] وهذا التعريف يشير في مضمونه إلى الآتي :

- كونها تطوير لرؤى ورسالة المنظمة والأهداف المطلوب تحقيقها .
- خلق قيمة ومكانة للمنظمة في السوق وفي ذهنية الزبون .
- تحقيق قيمة مضافة للزبون في السوق المستهدف .
- الترابط الوثيق بين استراتيجية التسويق والبيئة المحيطة بالمنظمة من خلال المسؤولية التي تتحملها تجاه المجتمع .

3-3-صياغة استراتيجية التسويق Marketing Strategy Formulation

تتمثل في وضع الأفكار والتوجهات التي رسمتها المنظمة عبر رسالتها وأهدافها الاستراتيجية لكي تحققها عبر أدواتها المختلفة في المجالات المستهدفة ومن أجل تحقيق صياغة فعالة لاستيراتيجية التسويق فإنه يتطلب النظر في القرارات ذات العلاقة بالنقاط التالية:

- التحديد الدقيق للأهداف الاستراتيجية التسويقية لكي يتم تكاملها مع السوق المستهدف .
- ترتبط استراتيجية التسويق أساساً مع الطرف المستهدف وهو المستهلك

---

61 - ثامر بكري ، مرجع سابق، 2008 ، ص52

62 - Berkowitz , Eric , marketing 6th , 2000 ,P41

63 -.ثامر بكري ، مرجع سابق، 2008، ص98

64 - Cravens & Pierey , strategic marketing 8th , 2006 , P29

- اتخاذ القرارات المناسبة في تنفيذ كل جزء من البرامج التسويقية التكتيكية والتي تكون أساسا في تكوين وتحقيق الاستراتيجية التسويقية وهذه القرارات يجب أن تتكامل مع مكونات البرنامج التسويقي.
- ومن أجل صياغة استراتيجية تسويقية صحيحة تلائم المنظمة وتكون فعالة في تحقيق الأهداف والغايات الموضوعة والتي تكون أساساً مستوحاة من رسالة المنظمة[65]، يجب القيام بتحليل البنية الداخلية والخارجية للمنظمة وذلك لمعرفة نقاط القوة ونقاط الضعف في المنظمة على الصعيد الداخلي ولمعرفة الفرص والتهديدات المحتملة التي يمكن أن تواجهها المنظمة على الصعيد الخارجي ولذلك يتوجب علينا اللجوء إلى أدوات التحليل الاستراتيجي والتي سنستعرضها بمايلي :

3-4- تحليل مصفوفة (Swat)

هذه المصفوفة تنصب على اختيار الاستراتيجية التسويقية المناسبة على ضوء تحليل البيئة الداخلية للمنظمة والمتمثلة بعنصري قوتها ومكامن ضعفها من جانب وما يقابلها من تحليل للبيئة الخارجية المتمثل بالفرص المتاحة والتي تبحث عها ، والتهديدات التي قد تواجهها ويمكن تحديد معنى هذه العناصر و متضمناتها بالآتي:

- **القوة (Strengths)** :

تلك الأشياء الملموسة وغير الملموسة التي تمتلكها المنظمة وتكون قادرة على استخدامها بشكل إيجابي لإنجاز أهدافها ومما يجعلها متفوقة على المنافسين في ذات الصناعة كاستخدام تكنولوجيا جديدة تكون بمثابة موارد مالية متميزة .

- **الضعف (Weakness)** :

هو النقص في الإمكانيات والقدرات التي تمكن المنظمة من بلوغ ما تسعى إلى تحقيقه قياساً بالمنافسين مثل نقص في الموارد البشرية والفنية أو ضعف المهارات التسويقية .

- **الفرص (Opportunities)** :

هي المجالات أو الأحداث المحتمل حصولها حالياً أو مستقبلاً في السوق والتي يمكن أن تستثمرها المنظمة لتحقيق أهدافها عبر اعتماد خطة استراتيجية وغالباً ما تقاس الفرص بالعائد النقدي المتحقق أو القيمة المضافة أو الحصة السوقية مثل : وجود التسهيلات الحكومية ووضع القيود على منتج أجنبي .

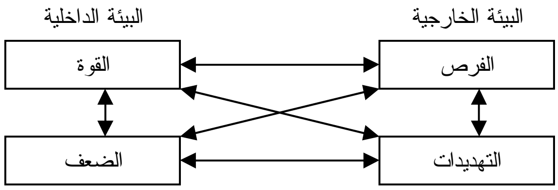
- **التهديدات (Threats)** :

تلك العوامل أو الأحداث التي تحول دون تحقيق المنظمة لأهدافها بالشكل الذي تسعى إليه ويكون لها أثر سلبي على المنظمة وتقاس بمقدار النقود التي خسرتها أو في انحسار حصتها السوقية مثل : القيود الحكومية وظهور السلع البديلة .

ويمكن أن يعبر الشكل (19) عن التفاعلات الحاصلة ما بين عناصر البيئة الداخلية والخارجية .

---

65 - Dess , Gregory , strategic management , 2004 , P38



الشكل (19)[66] متضمنات عناصر الفرص التهديدات في البيئة

حيث يتضح من هذا الشكل بأن أي عنصر من العناصر الأربع يؤثر ويتأثر ببقية العناصر الأخرى وتبرز القوة التأثيرية لذلك العنصر على أساس ما يمثله من متضمنات تأثيرية أكبر على العناصر وبنفس الوقت تكون متضمنات تلك العناصر ذات تأثير أقل ، ومن خلال هذه العلاقة التفاعلية يمكن للمنظمة أن تنتهج وتختط الاستراتيجية المناسبة لها في التفاعل مع السوق عل ضوء ما تمثله البيئة الداخلية لها من قوة أو ضعف أو ما تمنحه البيئة الخارجية من فرص وتهديدات والشكل (20)[67] يوضح الاستراتيجيات الممكن اعتمادها .

تقويم البيئة الداخلية / تقويم البيئة الخارجية	نقاط القوة	نقاط الضعف
الفرص	استراتيجية هجومية	استراتيجية علاجية
التهديدات	استراتيجية دفاعية	استراتيجية انسحاب

الشكل (20)الاستراتيجيات ضمن تحليل المصفوفة (Swat)

1- استراتيجية الهجوم (Attack Strategy) :

هذه الاستراتيجية تعتمدها المنظمة عندما تكون في أفضل حالاتها لأنها تعبر عن توافق وانسجام ما بين نقاط القوة التي تمتلكها وما يتاح لها من فرص في السوق قادرة على استثمارها .

2 ـ استراتيجية علاجية (Treatment Strategy) :

هذه الاستراتيجية المعتمدة تمثل انعكاس للعلاقة ما بين نقاط الضعف الموجودة في المنظمة والفرص المتاحة في السوق والتي يمكن أن تمثل حالة المنظمة في ظل الانتعاش الاقتصادي ونمو السوق وما ينتج عنه من فرص كثيرة متاحة لجميع المنظمات إلا أنها تعاني من ضعف في قدراتها وإمكاناتها الداخلية .

3- استراتيجية دفاعية (Defensive Strategy) :

من خلال هذه الاستراتيجية إن المنظمة تواجه متغيرات (تهديدات) خارجية غير مسيطر عليها وبالتالي فإنها تعمل عل التكيف معها قدر المستطاع ومواجهة ما تستطيع مواجهته ولكنها غير قادرة على التأثير بها في بيئتها الداخلية .

ولذلك فإن هذه الاستراتيجية تمثل العلاقة بين ما تمتلكه من قوة وما تواجهه من تهديدات .

---

66 -.ثامر بكري ، مرجع سابق، 2008 ، ص222

67 - زكريا المطلق الدوري ، مرجع سابق، 2005 ، ص160

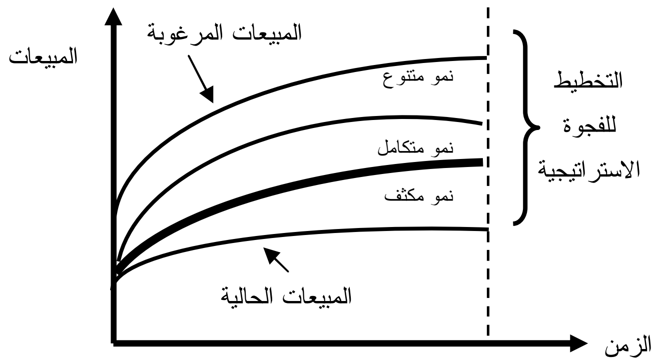
4 - **استراتيجية الانسحاب (Retreat Strategy)** :

تمثل هذه الاستراتيجية أخطر الحالات التي تلجأ إليها المنظمة لأنها تمثل حالة التوافق بين نقاط الضعف التي تعتريها وما تواجهه من تهديدات في البيئة ويعود السبب في ذلك إلى عدم الكفاءة التشغيلية والإنتاجية والتسويقية في المنظمة فضلاً عن الضغوط التنافسية التي تواجهها والظروف الاقتصادية السيئة .
لذلك فإنها ستعتمد استراتيجية الانسحاب أو التراجع من خلال تقليص عملياتها في مجال معين أو سوق محدد يتضح من الجدول بأن منظمتنا احتلت المرتبة الثالثة من بين المنظمات العاملة في السوق وعلى ضوء هذه النتيجة وتحليل عوامل النجاح الحرجة يمكن أن تحدد الاستراتيجية التي تعتمدها في مواجهة وضعها في السوق التنافسية التي تعمل بها .

3-5ـ تحليل الفجوة الاستراتيجية (Strategy Gap Analysis) :

ويمكن التعبير بشكل مبسط عن الفجوة الاستراتيجية (بأنها الفرق بين الموقع الذي ترغب أن تكون به الشركة في المستقبل وما هي عليه في الحاضر) لذلك فإن المنظمة تسعى إلى غلق الفجوة أو تقليصها إلى الحد الممكن عبر اعتماد استراتيجيات معينة تقودها إلى تحقيق الأهداف المطلوبة لغلق الفجوة[68]، وبالتالي يجب أن لا ننظر إلى كون الفجوة حالة سالبة ، بل هي حالة موجبة كونها تمثل أهداف وطموحات تسعى إلى بلوغها الشركة .

حتى يرى البعض بأن على منظمات الأعمال أن تضع دائماً فجوة في أنشطتها المختلفة لتحفيز العاملين فيها نحو بلوغها ، والشكل (21)[69] يوضح كيفية التعامل مع الفجوة الاستراتيجية والتخطيط لغلقها عبر اعتماد استراتيجيات مختلفة على افتراض حجم المبيعات الممكن تحقيقها خلال السنوات الخمس القادة وما ترغب أن تصل إليه من مبيعات .



الشكل (21) التخطيط لغلق الفجوة الاستراتيجية

من الشكل يتضح بأنه لغلق الفجوة وصولاً من المبيعات الحالية إلى المبيعات المرغوبة فإنها أمام انتهاج ثلاث استراتيجيات للنمو يمكن اعتمادها وهي :

---

68 -.ثامر بكري ، مرجع سابق، 2008 ، ص227

69 - Kotler , marketing management ,11th 2003 , P99

1- النمو المكثف (Intending growth) :

قبل كل شيء فإن الشركة عليها أن تبحث ضمن الاستراتيجية على أية فرص يمكن استثمارها لتحقيق النمو باتجاه غلق الفجوة وخير تعبير لمعالجة هذا الأمر وانتهاجه ضمن هذه الاستراتيجية هو اعتماد مصفوفة النمو السوق – المنتج انسوف (Ansoff) والتي يمكن توضيحها بالشكل (22) حيث يتضح بأن هنالك ثلاث استراتيجيات للنمو والرابعة تكون للتنويع .

المنتج

السوق	حالي	جديد
حالية	1) استراتيجية التغلغل السريع	2) استراتيجية تطوير المنتج
جديدة	3)استراتيجية تطوير السوق	4) استراتيجية التنويع

الشكل(22)[70] **مصفوفة انسوف النمو السوق / المنتج**

حيث تقوم هذه المصفوفة على العلاقة بين إحداثيين أحدهما يتمثل بالسوق (حالية ، جديدة) والمنتج (حالي ، جديد) وينتج عنها أربعة خلايا الثلاثة الأولى تمثل استراتيجيات النمو والرابعة هي استراتيجية التنويع ويمكن توضيح الثلاثة الأولى وكما يلي[71] :

أ – استراتيجية التغلغل السريع (Market – Penetration Strategy) :

تقوم باعتماد كثافة ترويجية عالية وذلك باتجاه إقناع المستهلكين بمنافع ومزايا هذا المنتج الذي تتعامل به وكذلك إقناع غير المستخدمين من المستهلكين لهذا المنتج بمزاياه وخصائصه وتهدف الشركة من اعتماد هذه الاستراتيجية إلى اختراق سريع للسوق الذي تعمل به مثلاً تقوم المستشفى بتقديم خدمة تصحيح البصر بالليزر.

ب ـ استراتيجية تطوير المنتج (Product-development strategy) :

تقوم هذه الاستراتيجية على أساس تقديم منتج جديد وفي ذات السوق الحالية التي تعمل بها المستشفى وذلك من خلال التطويرات التي تحصل على المنتج مثلاً تقديم خدمة العمليات الجراحية بالتنظير بدلاً من العمليات الجراحية التقليدية.

ج ـ استراتيجية تطوير السوق (Market-development strategy) :

تعتمد هذه الاستراتيجية من خلال تعامل المستشفى بمنتجاتها الحالية في أسواق جديدة مثلاً يقوم قسم النسائية و التوليد بتقديم خدمات الرعاية الصحية للأمهات و الأطفال قبل الولادة و بعدها من خلال برامج محددة تتناسب مع كل حالة ، ولأجل أن تطبق هذه الاستراتيجية فإنه يتطلب الآتي :

- التحديد الواضح والدقيق للزبائن .

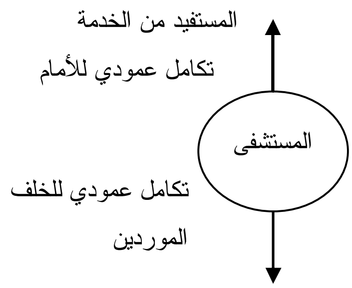
[70] -.ثامر بكري ، مرجع سابق، 2008 ، ص228

[71] - زكريا المطلق الدوري ، مرجع سابق، 2005 ، ص229

- دراسة ومراقبة التغيرات الحاصلة في السوق .
- البحث والدراسة للمنافذ التوزيعية الجديدة .

2 ــ النمو المتكامل (Integrative growth) :

تتمثل هذه الاستراتيجية المعتمدة في غلق الفجوة في عملية البحث عن فرص جديدة أو اكتساب أعمال جديدة تكون مرتبطة إلى حد كبير مع أعمال المستشفى الحالية مثال : تقديم خدمات العيادات الخارجية للمستفيدين من الخدمة الصحية ، وتكون هذه الخطوة بمثابة استمرار أو امتداد لهذا العمل الذي تقوم به المستشفى ويمكن أن يكون التكامل على شكلين يوضحهما الشكل (23) وهما :



الشكل (23) التكامل العمودي و الأفقي للمستشفيات

آ ــ التكامل العمودي نحو الأمام :

يمثل ذلك دخول المستشفى بأعمال جديدة في ذات مجال عملها الحالي ويمثل هذا الدخول مرحلة لاحقة من عملها السابق ، كما هو على سبيل المثال عندما تقوم المستشفى بفتح مراكز صحية للرعاية الوقائية.

ب ــ التكامل العمودي نحو الخلف :

مماثل إلى التكامل نحو الأمام ولكن تركز جهودها المستشفى نحو القيام بأعمال لحلقة سابقة لها ومتجهة نحو الموردين على سبيل المثال عندما تقوم المستشفى بإقامة مركز للدراسات والأبحاث بهدف تطوير الخدمة الصحية و بهدف إيجاد طرق جديدة للعلاج وابتكار معدات و تجهيزات طبية متطورة (التكامل مع مقدمي المعدات و التجهيزات الطبية) .

3 ــ النمو المتنوع (Diversification growth):

تستخدم هذه الاستراتيجية والتي تمثل الخلية الرابعة من مصفوفة أنسوف عندما تلوح للمستشفى فرص ربحية وبيعيّة خارج أعمالها الحالية التي تقوم بها وكأن يكون ذلك بإضافة خط جديد لمزيج المنتج الذي تتعامل به أو زيادة عدد المنتجات التي تتعامل بها في الخط الواحد (زيادة عمق المزيج) مثل مستشفى متخصصة بطب العيون تقوم بإدخال قسم جديد مثل قسم النسائية و طفل الأنبوب أو تقوم بالتنوع حتى تصل لدرجة المستشفى المتكامل الذي يضم جميع الاختصاصات و المجالات الطبية التي يحتاجها المستفيد من الخدمة الطبية .

رابعاً: فاعلية الاتصالات التسويقية :

تستطيع إدارة المنظمة بعامة وإدارة التسويق بخاصة أن تقييم وتقيس فاعلية الاتصالات التسويقية المتكاملة المتحققة في المنظمة من خلال الرجوع إلى الجوانب أو المجالات التالية [72]:

1- تدقيق الموازنة المالية المرصودة من قبل المنظمة للاتصالات التسويقية وما تم إنفاقه فعلاً .
2- اعتماد الأساليب الكمية المناسبة لقياس فاعلية نظام الاتصالات التسويقي في التأثير على سلوك المستهلك الشرائي .
3- بناء وتطوير قاعدة بيانات لإدارة وفهم العلاقة بين المنظمة وزبائنها وهم المستهلكين العاملين ، المستثمرين ، ... الخ وأن يتم ذلك في كل خطوة من خطوات الخطة المعتمدة في الاتصالات التسويقية
4- تحديد نقاط الالتقاء التي تكون بها المنظمة مع الآخرين .
5- تحليل الاتجاهات العامة في البيئة المحيطة بالمنظمة بإقرار مكامن القوة والضعف
6- إيجاد نوع من التكامل في خط الاتصالات التسويقية المعتمد في السوق الحالي .
7- وجوب اعتماد المقاييس الكمية والنوعية لتقييم كافة الوسائل المعتمدة في الاتصالات التسويقية وأنشطة الترويج المختلفة .
8- قياس مدى التكامل ما بين أنشطة الاتصالات التسويقية والأنشطة الإدارية المختلفة .

---

[72] - ثامر بكري ، مرجع سابق، 2008 ، ص309

الفصل الثالث

إدارة الجهد التسويقي ومقدمي الخدمة الصحية في المستشفى

تمهيد :

إن عملية تأدية الخدمة بكفاءة وجودة مميزة بحيث تنعكس على المستفيد من الخدمة الصحية بالشفاء والسلام تتطلب عناية فائقة وتخطيط عميق ومدروس من قبل إدارة المستشفى وذلك من الخطوة الأولى والتي تتمثل في اختيار وتعيين الأفراد في المستشفى مروراً بتقييم الخدمة الصحية التي يجب أن تقدم بكافة جوانبها وسماتها وخصائصها والتركيز على جودتها والتي يجب أن تقدم من خلال علاقة تفاعلية متبادلة ، فيها الفهم والانسجام المتبادل بين طرفي الخدمة الصحية مقدمها والمستفيد منها . وذلك للوصول إلى أفضل النتائج من خلال تقديم خدمة مميزة وذات جودة عالية تستحوذ على اهتمام ورضا المستفيدين من الخدمة الصحية بالإضافة إلى توثيق الرضا والانتماء لدى طرفي الخدمة الصحية للمستشفى مقدمة الخدمة الصحية .

وسوف نتناول في هذا الفصل المباحث التالية :

المبحث الأول : استراتيجية الأفراد في المستشفيات.

المبحث الثاني : تصميم المنتج وتأثيره على الجودة .

المبحث الثالث : العلاقة التفاعلية بين مؤدي الخدمة والمستفيد منها .

المبحث الرابع : معايير الرضا لدى طرفي الخدمة .

المبحث الأول

استيراتيجية الأفراد

1 – 1 : مقدمة :

يتناول هذا المبحث تطور مهارات و سلوك العاملين في المستشفى سواء كانوا من الكادر الطبي أو التمريضي أو الكادر الإداري و تشجيع الأفراد على الإبداع في أداء الخدمة الصحية وعلى المبادرة دائماً في أداء الخدمة وفق متطلبات و رغبات المستفيد من الخدمة الصحية مباشرة دون الرجوع إلى المسؤول المباشر إذا كانت هذه الرغبات و المتطلبات لا تتعارض مع سياسات و أهداف المستشفى و بالإضافة إلى ذلك بناء استراتيجية جودة الخدمة الصحية من خلال الأفراد و من خلال تنظيم إدارة التسويق فكل ذلك يجعل عملية تقديم الخدمة الصحية تأخذ منحاها الصحيح منذ اللحظة الأولى لتقديمها أي (العاملين في الاستقبال أو المقسم) و يليها دعم الأفراد العاملين بشكل فني وعلمي ونفسي فكل ذلك يؤثر في المستفيد من الخدمة الصحية إيجابياً.

1 – 2 : تطوير مهارات وسلوك العاملين :

إن عملية الاتصال بين المستفيدين من الخدمة والعاملين تحتاج إلى متابعة من قبل الإدارة والعمل على تصحيح الأخطاء التي تحدث من خلال هذا الاتصال وذلك مما يتلاءم وحاجات المستفيد من الخدمة الصحية[1].

والمستفيد من الخدمة الصحية ليس له نمط معين وأسلوب واحد لطلب الخدمة . فالخدمة الصحية المقدمة تختلف من حيث طبيعتها وحاجات طالبها إضافة إلى ما تسببه الحاجة إليها من آثار سلبية نفسية وجسدية لدى المستفيد من الخدمة الصحية وذلك كله ينعكس على سلوك وتصرفات المستفيد من الخدمة وبالتالي تنعكس على حاجاته ورغباته ما يؤدي إلى عملية تطوير لدى العاملين من خلال تطوير مهاراتهم وتحسين سلوكهم لتنسجم مع حاجات ورغبات المستفيدين من الخدمة ،و هذا يضع الإدارة والعاملين أمام تحديات كبيرة لدعم المستفيد من الخدمة نفسياً وعلمياً من خلال المعلومات التي يقدمونها من جهة ولتكريس حقيقة فاعلية الخدمة الصحية المقدمة له لدعم وتطوير توقعاته عن الخدمة .

وبالمقابل يجب أن تقوم الإدارة دائماً بدعم العاملين لديها في عدة اتجاهات :

أ- اتجاه التطوير الذهني والنفسي للعاملين من خلال توضيح أبعاد وأهمية الخدمة الصحية التي يقدمونها للمستفيد منها .

ب- اتجاه التطوير العلمي و المعلوماتي من خلال المؤتمرات الطبية ومتابعة كل ما هو جديد في مجال تقديم الخدمة الصحية .

ج- اتجاه تطوير المهارات العملية والفنية من خلال الدورات التدريبية والحالات التطبيقية على حالات مرضية مختلفة وباستخدام أجهزة متعددة ومتطورة[2]

إن عملية تقديم الخدمة الصحية تحتاج إلى عاملين يشعرون دائماً بإحساس ملؤه الراحة والتفاؤل والحماس عندما يكون في المشفى عامل ليس على أتم الجاهزيّة النفسية والجسدية فعلى إدارة المشفى استبداله بآخر لأنه

---

[1] - Zeithaml & other , service marketing , 2006 , P355

[2] - Lovelock & Wiatz , service marketing , 2007 , P313

سوف ينعكس في أدائه سلباً على زملائه وبالتالي يؤثر سلباً على عملية تقديم الخدمة الصحية مما قد يؤدي أحياناً إلى فشل عملية تقديم الخدمة الصحية فيسبب نتائج كارثيّة قد تصل إلى فقدان حياة المستفيد من الخدمة الصحية أو فقدانه أحد أعضائه أو حواسه .

فعملية المتابعة الميدانية المستمرة على الصعيد النفسي والبدني للعاملين من جهة ومتابعتهم على الصعيد العلمي والتدريبي والمهارة التي تؤدي إلى زيادة خبراتهم عملية أساسية وجوهرية ترتكز عليها عملية تقديم الخدمة الصحية للمستفيد منها .

1 – 3 : تشجيع العاملين على الإبداع :

إن عملية تقديم الخدمة الصحية تتميز بأنها تعطي العاملين بها دفعاً داخلياً قوياً وذلك عندما يشعر العامل بأنه أنقذ حياة شخص ما فإن ذلك يشكل لديه حافزاً ودعماً عظيماً ،وفي أغلب الأحيان الدعم المادي والحوافز المادية لا تحقق ذلك الحافز ، وفي هذا الإطار يجب توفر الإمكانات المادية و العلمية التي تزيد مهاراتهم ، و العمل على تمكينهم لاتخاذ القرار في موقع تقديم الخدمة الصحية و إعطائهم حرية كافية لاتخاذ الإجراءات اللازمة دون الرجوع للمسؤول المباشر بسبب وجودهم بالقرب من الحدث مع توفير المتابعة خطوة بخطوة لعملية أداء الخدمة الصحية وخصوصاً في مراحلها الأساسية من تشخيصية واستشارية إلى تنفيذ خطة علاجية أو جراحية وذلك لتكون الإدارة قادرة على تلافي أي خطأ قد يقع من خلال إعطاء العاملين الحرية في اتخاذ القرار وهذه العملية تؤدي إلى دعم العاملين من جهة حيث يعمل على تطوير خبراتهم والسماح لهم بإظهار ما لديهم من مهارات وجعلهم يبدعون عملهم ويدعمون عملية تقديم الخدمة من خلال المتابعة المستمرة التي تساعد على تدارك الأخطاء فور الوقوع حتى لا تؤدي هذه الأخطاء إلى مشكلات كارثيّة لا يمكن تداركها .

1 – 4 : بناء استراتيجية جودة الخدمة من خلال الأفراد :

إن عملية بناء الاستراتيجية تتبع من الاحتياجات ومتطلبات الخدمة نفسها فالعاملين يجب أن يكونوا قادرين على تقديم الخدمة بجودة ضمن توقعات المستفيدين من الخدمة أو تفوقها ، ويكون الأداء كله نابع من تساؤلات المستفيدين وأفكارهم وهذا ما يسمى بالتوجه بالعملاء ، التوجه بالعملاء منهجاً لتأدية الخدمة الصحية لأن الخدمة تقدم بشكل مباشر أي وجهاً لوجه[3] ، في حال اعتماد المشفى التوجه بالعملاء فإن بناء استراتيجية جودة الخدمة ترتكز على القواعد الأساسية التالية :

أ : تشغيل الأفراد المناسبين لتأدية الخدمة الصحية :

من أجل أن تتم عملية تأدية الخدمة بجودة يجب أن يكون التركيز منصباً على تشغيل وإمداد المشفى بعناصر خدمة يمتلكون القدرات والمهارات اللازمة لتأدية الخدمة الصحية . فعندما يكون عناصر الخدمة الصحية الجدد في مستوى رديء من المهارات والقدرات تكون المشفى من خلال إدارتها وعملها بأدنى مستوى من الأداء[4].

3- Zeithaml & other , service marketing , 2006 , P365

4- Solomon , the physician managers , 1997 , P79

إن المهم في عملية تشغيل العناصر الجدد التركيز على الدورات والنماذج التدريبية ، والتركيز على المؤهلات العلمية التي يحملها والخبرة المكتسبة لديه إن معظم المشافي عند تشغيل طالب الوظيفة تنظر إلى أبعد من مواصفاته وخبراته ، تنظر إلى تقييمه واهتمامه بالمستفيدين من الخدمة وقيادة الخدمة الصحية بالشكل الذي يخدم و يلائم المستفيد من الخدمة .

ب : تطوير الأفراد لتقديم خدمة صحية ذات جودة :

لكي تقوم المشفى بالنمو وتحافظ على قوتها التي حققتها لابد لها من التركيز على منهج التوجه بالعملاء بعملية أداء الخدمة الصحية ولذلك على المشفى تطوير العاملين فيها لتنفيذ الخدمة الصحية بأكمل وجه وأعلى جودة ، إذ يحتاج العاملون في المشفى من أجل إنجاز عملية أداء الخدمة الصحية إلى التدريب المستمر في المهارات والوسائل والمعرفة الضرورية وفي أداء العمليات والأنشطة الفعالة فيجب على الإدارة العمل على تطويرهم بكل الوسائل والتكنولوجيا الحديثة التي تساعدهم في أداء الخدمة الصحية على سبيل المثال تزويد المشفى بأجهزة طبية متطورة مثل جهاز الكشف المبكر عن الأورام الخبيثة وأجهزة متطورة لتنظيم المواعيد وربط الأقسام مع بعضها البعض ، فهناك مجالات عديدة ومبتكرة لتطوير مهارات وخبرات العاملين في المشفى[5] . يجب على الإدارة متابعة عملية التدريب والتطوير أولاً بأول والعمل على إكساب العاملين في المشفى هذه المهارات من خلال الدورات والبرامج التدريبية والمؤتمرات العلمية الطبية حتى يبقى العاملين في المشفى دائماً في تطور مستمر وتكون من خلالهم المشفى مميزة وقادرة على أداء الخدمة الصحية بخبرة عملية مهنية وبجودة تتوافق وتتناسب وتوقعات المستفيد من الخدمة الصحية بل وفي بعض الأحيان تكون عملية أداء الخدمة الصحية تفوق توقعاته عندما تتوفر الوسائل والتقنيات والمهارات اللازمة من خلال عملية التطوير المستمر التي تقوم بها إدارة المشفى[6] ولا ننسى مهمة إدارة التسويق في هذه المرحلة حيث تعمل على كشف الثغرات وأماكن الضعف التي يلزم تقويتها وتقويمها ومن بعدها تقوم من خلال الأنشطة التسويقية بنشر وتحفيز هذه المفاهيم لدى العاملين واستغلال هذه النقاط في تمكين الأداء التسويقي وفي دعم العملية الخدمية بما يتناسب وتوقعات المستفيد من الخدمة بما يحقق لديه الرضا عن الخدمة الصحية المقدمة له والتي يراها قد حققت له ما يتوقعه و يأمله منها وذلك بالتناسق الكامل بين الإدارة وبعمل جميع العاملين كفريق واحد يعمل كل فرد منهم ما عليه فعله ويقوم بالمقابل بدعم زملائه في عملية أداء الخدمة بحيث تشكل صورة فسيفسائية من العمل المتناغم بين الأفراد وذلك بتفعيل روح العمل الجماعي لدى العاملين ، فالمستفيد من الخدمة الصحية عندما يرى روح الحماس والتحدي والانضباط لدى العاملين في المشفى من خلال بنية عمل واحدة هدفها تقديم المساعدة وخدمة المستفيد من الخدمة الصحية يزيد لديه ويدعم فيه شعور الثقة والرضا بما يقدم له ويمكن التنويه إلى أهمية قيام إدارة التسويق دائماً بواجباتها من خلال أنشطتها التسويقية الداخلية وبتكرارها على العاملين وبث روح الحماس لديهم وتقوية إيمانهم وجعلهم يعملون بعطف وحنان عندما يؤدون الخدمة الصحية للمستفيد منها .

---

[5] - Solomon , the physician managers , 1997 , P114

[6] - Kotler,"Marketing management" ,2005,p217

ت : تقديم أنظمة الدعم المطلوبة :

لتكون المشفى أكثر فاعلية وكفاءة في عملية أداء الخدمة الصحية عليها أن تقدم أنظمة الدعم الداخلية المطلوبة لعمال الخدمة الصحية ولتكون مرتكزة على المستفيد من الخدمة الصحية وعلى حاجاتـه ومتطلباتـه فهـذه المرحلة تكون عديمة النفع إن لم تكن مرتكزة على المستفيد من الخدمة الصحية انطلاقاً من مـنهج التوجـه بالعملاء في أداء الخدمة الصحية[7]، و تتضمن أنظمة الدعم مايلي :

1) قياس جودة الخدمة الداخلية :

يرتكز قياس علاقات دعم الخدمة الداخلية على الثقافة الداخلية للعاملين في المستشفى المبنية أساسـاً أن كـل شخص في المشفى هو المستفيد من الخدمة الصحية وعليه يتم قياس جودة الخدمة الصحية المدركة للمسـتفيد منها ومن هذا المنطلق تستطيع المشفى أن تبدأ بتطوير جودة الثقافة الداخلية لديها ففكـرة الزبـون الـداخلي تساعد في تجسيد ثقافة جودة الخدمة الداخلية من خلال التدقيق والمتابعة لتكون فكرة الزبون الـداخلي سـمة مميزة للمشفى وتعتمد على احتياجاتهم وتقيس مدى أعمالهم وتخلق الاندفاع والحماس لديهم[8] .

لكن هناك خطر وحيد لاستخدام فكرة الزبون الداخلي وهي أن الأفراد في بعض الأحيان يستخدمونها كغطـاء لزيادة متطلباتهم وينسون أنهم يؤدون عمل يهدف إلى أداء خدمة جيدة وتحقيق أهـدافها مـن خـلال رضـا المستفيد من الخدمة الصحية وتحقيق الأهداف الأخرى للإدارة .

2) تقديم المعدات اللازمة والدعم التكنولوجي :

قد يصاب العاملين في المشفى بالإحباط وتنخفض الرغبة لديهم في تقديم الخدمة عند عـدم تـوافر الأجهـزة المناسبة أو قدم الأجهزة الموجودة ، ولكي يؤدون عملهم بفاعلية وكفاءة فإن العاملين في المشفى بحاجة إلـى الأجهزة المناسبة والمتطورة ، وأن تكون التقنية العالية هي سمة من سمات المشفى لتحقيق الأهداف والغايات من خلال مساعدة العاملين بأداء عملهم وتعزيز حافز الحماس لديهم بتوافر الأجهزة والمعـدات المتطـورة ، والتي سوف يكون لها عظيم الأثر لديهم ولدى المستفيد من الخدمة الصحية حيث تدعم وتعزز توقعاته حـول جودة الخدمة مما يؤدي في نهاية المطاف إلى تحقيق شعور الرضا لديه .

ث - الاحتفاظ بأفضل الأفراد :

إن المشفى حينما توظف الأفراد المناسبين وتعمل على تدريبهم وتطويرهم من أجل تأدية الخدمـة الصـحية بجودة وفاعلية وتزودهم بالدعم المطلوب لأداء مهامهم فعليها أيضاً أن تحـافظ علـيهم حيـث أن العـاملين يتشتتون ويقل أداؤهم عندما يغادر أحد أفضل مقدمي الخدمة المشفى مما يؤدي إلى إلحاق الضرر في عمليـة إرضاء المستفيدين من الخدمة الصحية[9] .

إن العامل الأخلاقي وجودة الخدمة هي التي تؤثر في المستفيد من الخدمة الصحية لـذلك علـى المشـفى أن تقضي الكثير من الوقت لجذب العاملين وبعدها تعمل على تمكينهم العمل وتمنحهم سلطة مـن أجـل تأديـة

---

[7]- Zeithaml & other , service marketing , 2006 , P373

[8]- Zeithaml & other , service marketing , 2006 , P374

[9]- Solomon , the physician managers , 1997 , P99

مهامهم وإن لم تقم إدارة المشفى بإعطاء الصلاحيات بشكل كامل لعاملين فإن ذلك يؤدي إلى ذهاب العـــاملين الجيدين للبحث عن فرص عمل أخرى في مشفى آخر لذلك على إدارة المشفى أن تقوم بمايلي :

أ) إدخال العاملين في رؤية المشفى :

من أجل أن يضمن المشفى بقاء العاملين لديها عليها أن تتحرك وتهتم بربطهم بالمشفى والعمـــل علـــى دعـــم وإنجاز هذا الهدف لذا تحتاج إدارة المشفى لإشراك العاملين فيها في فهم رؤية المشفى كمنظمة فعلى العاملين في المشفى والذين يؤدون الخدمة كل يوم أن يفهموا كيف أن عملهم بجزئيته يتحول مع باقي الأجـــزاء إلـــى صورة كبيرة ألا وهي حقيقة الأمر المشفى وأهدافها[10] . فعلى العاملين أن يفهموا أن عمل كل فرد هو جـــزء من كل ، و يكون مع الأجزاء الأخرى صورة كلية لعمل المشفى فهم جزء لا يتجزأ من المشفى وهم ينتمـــون لها كما المشفى في تكوينها هي متمثلة فيهم .

ب) قياس ومكافأة أفضل أداء للخدمة :

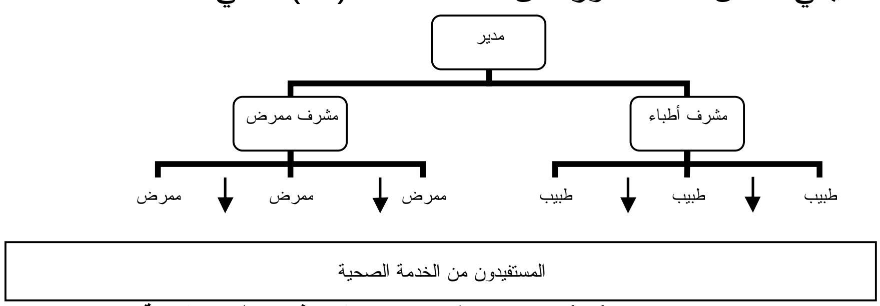
من أجل ضمان عملية البقاء و تحقيق الأداء الأفضل للخدمة الصحية واستمرار المنافسة في السوق الصـــحي على المشفى أن تكافئ وتدعم العاملين المميزين فيها .

هذه الاستراتيجية ربما تظهر بوضوح عندما لا يوضع نظام المكافآت في المشفى لمكافأة الخدمـــة الممتـــازة، إنما يوضع نظام المكافآت حسب قيمة المدخلات أو المبيعات أو الأشياء الأخرى بعيداً عن الخدمـــة الممتـــازة هنا سوف يعمل نظام المكافآت بشكل هدام يدمر الخدمة الجيدة لأنه سوف يفقد العـــاملين الحـــافز والحمـــاس اللازم لأداء الخدمة الصحية .

ت) أداء الخدمة بالتوجه إلى العملاء :

يمكن تنشيط العاملين في الخط الأمامي لتقديم الخدمة الصحية من خلال رؤية شمولية للمستشفى بالاستناد إلى قيمها و مبادئها و ثقافتها و تاريخها و رؤيتها .

يجب على المشفى أن تدافع بقوة عن المستفيدين من الخدمة الصحية وخبرة المستفيدين من الخدمة الصـــحية ويجب التركيز على البنية الداخلية للمشفى وذلك لدعم التواصل بين المستفيد من الخدمة الصـــحية ومقـــدمها وذلك لأن كل فرد في المستشفى غالباً ما يتحمل المسؤولية لضمان أن تجربة المستفيد من الخدمـــة الصـــحية تقدم بشكل مدروس[11] وخطط له ، أن أغلب المنظمات تظهر المدير على أنه أهم الأفراد في المنظمـــة وفـــي داخل الهيكل التنظيمي تعكس هذه الصورة من خلال الشكل (24) التالي :



الشكل (24) الهيكل التنظيمي للمستشفى وفق النظرة التقليدية

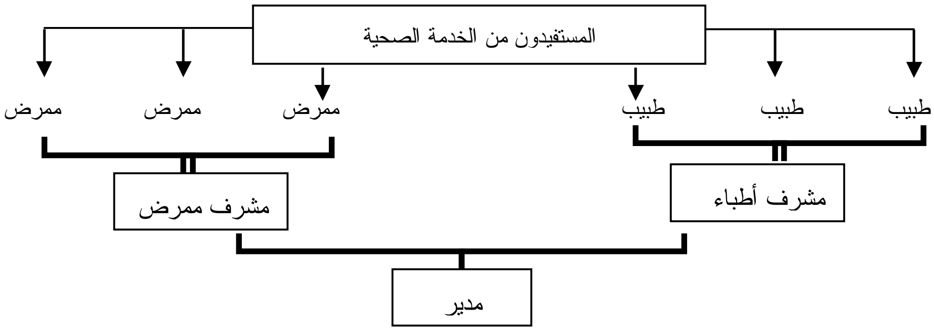
---

[10] - Lovelock & Wiatz , service marketing , 2007 , P373

[11] - Zeithaml & other , service marketing , 2006 , P380

فيتم وضع الإدارة في قمة الهيكل التنظيمي والمستفيدين من الخدمة الصحية في أسفله ومن خلال ذلك فإن الاتصال يكون بين العاملين والمستفيدين من الخدمة الصحية .

بينما عند استخدام مفهوم التوجه بالعملاء فأن دور المستوى الأعلى للإدارة قد يتغير من قيادة وسيطرة على العاملين إلى تقديم التسهيلات والدعم للعاملين في المنظمة والذين يكونون قريبين من المستفيدين من الخدمة الصحية ، إن استيراتيجية الموارد البشرية والتي تمت مناقشها اعتمدت كوسيلة لدعم التواصل بين مقدم الخدمة والمستفيد منها ويوضح الشكل (25) المفهوم الآخر للإدارة من خلال التوجه بالعملاء[12] .



الشكل (25) الهيكل التنظيمي للمستشفى وفق التوجه بالعملاء

إن مقدمي الخدمة هم الخدمة نفسها وفي جميع الحالات يمثلون المشفى في عين المستفيد من الخدمة الصحية وهم يؤثرن في جودة الخدمة الصحية المدركة بأعلى درجة من خلال تأثيرهم في الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة هي :

1- درجة الاعتمادية : أي الاتساق في الأداء وانجاز الخدمة كما تم الوعد بها .
2- سرعة الاستجابة : وتشير إلى المبادرة إلى مساعدة المستفيد من الخدمة والرد السريع على استفساراته والحساسية اتجاه حاجاته والسرعة في أداء الخدمة الصحية .
3- العهد : وتشمل الأمانة والثقة والسمعة للمشفى والعاملين فيها وكياستهم وقدرتهم على استلهام الثقة والائتمان .
4- الملموسية : تشير إلى التسهيلات المادية والمعدات ومستوى التقنية والتصميم والمظهر العام .
5- التعاطف: ويعكس العناية بالمستفيد ورعايته بشكل خاص والاهتمام بمشاكله والعمل على إيجاد حلول لها بطرق إنسانية راقية وبكل ممنونيّة[13] .

---

[12] - Zeithaml & other , service marketing , 2006 , P381

[13] - Lovelock & Wiatz , service marketing , 2007 , P426

المبحث الثاني

تصميم الخدمة الصحية

إن وظيفة تصميم الخدمة في مجال الرعاية الصحية تعد مسؤولية عدة مواقع متضامنة حيث أن القرارات التي تتخذ في إطار هذه الوظيفة لها آثارها الكبيرة والعميقة والبعيدة الأثر في كل من المستشفى والمجتمع اللذين تقدم فيهما الخدمة .

ويعد التصميم الصحيح للرعاية والخدمة مكوناً أساسياً في الحملة الهادفة للتقليل من الأخطاء والتخلص من الهدر والتنفيذ الغير كامل فإذا كان تصميم الخدمة صحيحاً منذ البداية فلن تكون هناك حاجة إلى إضاعة الوقت في إجراء أي تعديلات لاحقة ومن فوائد التصميم الجيد للخدمة:

1- الاتساق الزائد في العمل .

2- رضا المريض .

3- استخدام أفضل الموارد .

4- التقليل من الأخطاء .

5- رضا العاملين .

وعند تطبيق الجودة على أي خدمة في القطاع الحكومي والخاص يكون لها ستة عناصر أساسية هي :

- سهولة الوصول إلى الخدمة : موقع الخدمة ووقت الانتظار اللازم للحصول عليها .
- ملاءمة الخدمة : مدى ملاءمة نوع الخدمة وأنماط الخدمة لاحتياجات المجتمع .
- العدالة : عدالة تقديم الخدمة لمختلف فئات المجتمع .
- الكفاءة : الاقتصاد في استخدام الموارد وتحقيق مردود عال للأموال الموظفة .
- القبول : مدى تقبل المواطنين للخدمات المتاحة .
- الفاعلية : مدى فاعلية الخدمات المقدمة .

2 – 1 – العناصر الأساسية لتصميم الخدمة الصحية: تتكون العناصر الأساسية لتصميم الخدمة الصحية في:

2- 1 – 1 – البيئة :

أ – الانطباع الأول الخارجي / وضع اللافتات والإشارات الدالة على الخدمة الصحية .

ب – مواقف السّيارت .

ت – المداخل التي يمكن استخدامها .

ث – الانطباع الأول الداخلي / وضع اللافتات والإشارات الدالة على مواقع مختلف الخدمات

ج – أماكن الاستقبال .

ح – أماكن الانتظار .

خ – اللوحات الفنية واللمسات الجمالية في الأماكن العامة .

د – الممرات .

ذ – البيئة المحلية .

2 – 1 – 2 – الخدمة الشخصية :

آ – رسالة المنظمة .

ب – تقديم المعلومات للمرضى وأقاربهم .

ت – منح / إعطاء صلاحيات للعاملين / السعي نحو إيجاد خدمة شخصية .

ث – مساندة الإدارة من خلال توفير التسهيلات اللازمة

ج – مواقف العاملين والقضايا السلوكية .

ح- مقاييس الخدمة الشخصية .

خ – مشاركة العميل .

د – مظهر العاملين .

2 – 1 – 3 - رعاية ومساندة العاملين :

آ – رسالة المنظمة / القيم التنظيمية للعاملين .

ب – عمليات الاستقطاب والاختيار .

ت – الاستقراء وتتبع الجزئيات

ث – التعليم والتدريب

ج – عمليات المراقبة والتقييم .

ح – تسهيلات العاملين

خ – خدمات العاملين

د – الاستشارات الإدارية

ذ – التحضير للتغيرات الديموغرافية

ر – إعلام العاملين .

2 – 2 - : المواقع الإدارية ذات الصلة بوظائف تصميم الخدمة :

2 -2 – 1 – إدارات الجودة وتخطيط الأعمال والعقود والتسويق ويتم في هذه الإدارة عادة :

- تطوير الخبرة في مجال إدارة الجودة العامة وكما يتم فعلياً تنظيم إدارة الجودة وتنسيق مهامها .
- تجميع وتصنيف احتياجات العملاء (المرضى – المشترين – الممارسين – العاملين)

2 -2 – 2 – إدارة عمليات الخدمة (مدير الخدمة – المدير أو المنسق السريري) ويناط بهذه الإدارة عادة :

آ ــ مسؤولية تنفيذ وتقديم خدمات ذات مستويات جودة متقدمة تقابل وتفي بالمواصفات المعلنــة أو بالمعــايير المحددة لضمان الجودة .

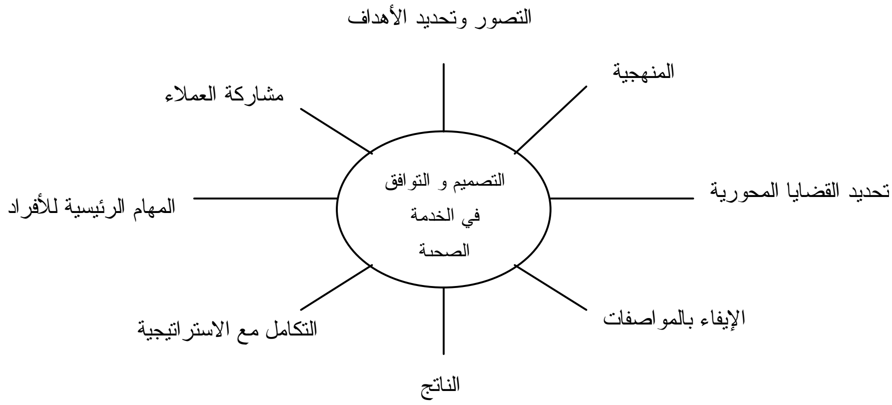
2 – 2 – 3 – المراجعة الطبية والسريرية :

وتتولى هذه الوظيفة إدارات أو أقسام أو فرق مختلفة حول ما ذكر أعلاه تحت البنـد /1 / ويتـولى أعمـال المراجعة الطبية والسريرية عادة :

- فريق يضم مهارات تخصصية متنوعة وخبرات متميزة لأعمال المراجعة الطبية والسريرة عموماً يتكون هذا الفريق من ممثلين عن الهيئات الطبية والتمريضية والخدمات الطبية المساعدة إضافة إلى عضوية مساعدين طبيين ومساعدي أو منسقي أعمال المراجعة الطبية[14] .

وكما هو الحال مع كيفية التعامل مع إدارة حل المشكلات الناتجة عن تعدد المواقع فإن الأمر يحتاج إلى تواصل وظائف الخدمة وعملياتها التشغيلية حسب ما هو مخطط لها .

ومن ضمانات النجاح كذلك القدرة على الحصول على التزام كبار الإداريين و السريريين بعمليات تصميم الخدمة ومراجعتها وتحسينها وذلك للارتقاء بمستوى نوعية الرعاية والخدمة وزيادة رضا المرضى عن هذين الجانبين. وتجدر الإشارة إلى أن تصميم الخدمة الصحية وفق أسس معيارية ناتجة عن مكونات ومحتويات عملية أداء الخدمة الصحية يؤدي إلى خدمة ذات جودة ويوضح الشكل رقم (26) هذه المسائل[15] .



الشكل (26) تصميم الخدمة الصحية وفق الاسس والمحتويات المعيارية

قد يثير البعض السؤال التالي : ماذا تعني كلمة تصميم الخدمة ومواصفات الخدمة وما هي مضامين كل منهما وللإجابة عن هذا السؤال سوف نقوم في وضع أبعاد استراتيجة المستويات المعيارية ومراقبتها .

وهذا المبحث يناقش الموضوعات التالية :

- وضع المستويات المعيارية في محيط يأخذ بالاعتبار مقابلة متطلبات كل من عقود الخدمة والمشتري (طالب الخدمة)
- سبل ووسائل وتقنيات وضع المستويات المعيارية وتصميم الرعاية الصحية .

2 – 3 – مواصفات الخدمة والمستويات الإدارية :

إن توصيف الخدمة أو وضع مواصفة لها وما يرتبط بها من مستوى أو مستويات معيارية ذات صلة بها ، وبما يدعمها من جهود توثيقية مناسبة لها تعد العامل الأساسي لبلوغ مستويات عالية من الجودة وكذلك لتمكين الفرق المختصة من مراقبتها .

---

[14] - Solomon , the physician managers , 1997 , P326

[15] - **طلال الأحمدي ، مرجع سابق، 2002 ، ص282**

وقد نرى في المستقبل القريب المستشفيات التي سوف تلزم بوثيقة منظمة المستويات المعيارية (أو المقاييس) الدولية التي يرمز لها باللغة الإنكليزية بـــ / **ISO** / رقم 8402 لعام 1986 وتتضمن هذه الوثيقـــة توصـــيفاً للمتطلبات التي يجب على المستشفى الوفاء بها والامتثال لها و تتكون هذه المتطلبات من[16] :

- ماهية الأداء / النشاط الذي تتطلبه الخدمة / على سبيل المثال : الفريق الجراحي
- متغيرات مثل : أوقات الوصول إلى الخدمة أو الحصول عليها ومحددات فترة البقـــاء التـــي تعطـــي وصفاً مناسباً للخدمة وذلك من الناحية الكمية لها .
- المواد المستهلكة : (أو ما يطلق عليها بالمستهلكات) التي تم استخدامها متى كان ذلك ممكناً .
- العمليات والسريرية وغير والسريرية المتضمنة في التوصيف .
- متطلبات التفتيش والمراقبة للتوصيف المطلوب .
- الوثائق المرجعية الأخرى لضمان الجودة والتوصيف .

كما يجب أن تتوافر في الإطار التعاقدي صلات وثيقة بين أسلوب الوحدة المقدمة للخدمة فيما يتعلق بوضـــع المستويات والتصميم وبين متطلبات المستفيدين الرئيسين من الخدمة .

2-3-1- المقاييس أو المستويات المعيارية :

توجد أربع مستويات معيارية إجبارية (أو ينبغي فرضها) يجب على السلطات الصحية الإقليميـــة أن تكـــون مستعدة لمراقبتها والتدخل لفرضها إذا استدعى الأمر ذلك وتستند هذه المستويات على القناعة بـــأن العمليـــة الأساسية المتصلة بـــ (كيفية) و(ماهية) الخدمة المقدمة يجب أن تخضع للمستفيد من الخدمة ومقـــدمها أي أن المستفيد من الخدمة ومقدمها هما من يستطيعان أن يضعا أو يصيغا مع بعضهما الطريقة المثلـــى لعمليـــة تقديم الخدمة الصحية بالشكل الذي يناسبهما ويؤدي بالتالي إلى نجاح عملية تقديم الخدمة فالغرض الأساســـي هو تقديم خدمة تتميز بمستوى عال من الجودة[17] ولتحقيق هذا الغرض ينبغي :

أ: أن تتسم الخدمة الصحية بمايلي :

- أن تقدم علاجاً فعالاً للأفراد الذين تستهدفهم الخدمة
- أن تقدم رعاية كافية وبطريقة عادلة أو منصفة .
- أن تتسم الرعاية الصحية المقدمة بأسلوب إنساني في التعامل .
- التأكد من أن الأهداف المرسومة يتم تحقيقها بأكثر الطرق فعالية .

ب: أن يكون التركيز الأساسي لسلطة الخدمة الصحية الإقليمية منصباً على الموضوعات التالية :

- جودة الخدمة .
- النتائج المتوقعة من الخدمة .
- تكاليف الخدمة .

ت: أن يتم وضع المستويات المعيارية الإجبارية الأربعة التالية :

---

[16] - Lovelock & Wiatz , service marketing , 2007 , P426

[17] - **طلال الأحمدي ، مرجع سابق، 2002 ، ص287**

(1)- المقياس أو المستوى المعياري الأول :

حيث يتوقع من المستفيدين من الخدمة (طالبي الخدمة من المشترين) أن يكونوا على دراية وعلم بمجتمعاتهم والآثار المترتبة على انتشار الأمراض التي من أجلها تقدم خدمات الرعاية الصحية لمواجهتها ، وهنا لابد من توضيح بعض الأسئلة بهذا المستوى المعياري :

1- هل هناك تفهم واضح للأبعاد الوبائية لانتشار مرض معين وآثاره على المجتمع ؟

2- هل العوامل الأخرى المؤثرة في تقييم الاحتياج للخدمة أخذت في الاعتبار ؟

3- هل هناك إطار للخدمات التي تقدم حالياً للمجتمع ؟

4- هل توجد استراتيجية لمقابلة الاحتياجات المحددة للخدمة المناسبة وبما ينتج عنها عائد صحي يمكن قياسه؟

(2)- المقياس (أو المستوى المعياري) الثاني :

العناية بالمرضى على مدار الساعة من قبل أطباء مقيمين ومدربين في هذا المرض على أن يكونوا على أقل تقدير من درجة أخصائي أول ، والإجابة على أسئلة مثل :

- هل يوجد نظام يمكن بموجبه أن يقوم رئيس القسم المختص بمراقبة توزيع مواقع ونوبات الأخصائيين الأول من الدرجة الأولى وإعداد تقارير حول المواقف غير المرضية أو الأداء غير المرضي لهؤلاء الأخصائيين للسلطة الصحية الإقليمية ؟

(3)- المقياس (أو المستوى المعياري) الثالث :

- على جميع العاملين الذين يقدمون خدمات الرعاية الصحية لمرض ما باختصاص معين أن يشاركوا في المراجعة والسريرية والإجابة على أسئلة مثل :

- هل قامت اللجنة الإقليمية للمراجعة الطبية بتطوير ومراقبة تنفيذ خطة مراجعة خدمات الرعاية على نطاق الإقليم أو المنطقة ؟

- هل تمت مشاركة كل السريريين ؟

- هل يشارك كل العاملين في المراجعة والسريرية ؟

(4)- المقياس (أو المستوى المعياري) الرابع :

يتوقع من المستفيدين من الخدمة (أي طالبي الخدمة من المشترين) أن يكونوا قادرين على تعريف وتحديد النتائج المرغوب تحقيقها . ويجب أن ترتبط هذه النتائج بكل من البعد المتعلق بالجوانب السريرية والبعد المتعلق بجوانب الخدمة المقدمة ، وهنا لابد من الإجابة على بعض الأسئلة مثل :

1- ما هي مقاييس الناتج التي تم تطويرها لخدمات الرعاية الصحية لمرض ما ؟

2- هل تم البحث عن مدخلات العميل من الخدمة في هذه العملية ؟

3- هل تمت الاستفادة من المعلومات التي تم الحصول عليها في هذه العملية لتطوير خدمات الرعاية الصحية لهذا المرض المستقبلية ؟ وكيف تم ذلك ؟

4-2 : نطاق الخدمة :

يعبر مفهوم نطاق الخدمة عن مدى تطبيق الخدمة وانتشار تقديمها جغرافياً وهل تغطي جميع المناطق الجغرافية أم هي محصورة في مناطق معينة وما مدى تخديم كل منطقة ويمتد نطاق الخدمة أفقياً بهذا المعنى وعمودياً أي بمعنى تكاملي من حيث نطاق الخدمة ومدى توسعها مثل التشخيص المبكر للخدمة وتخطيطها وتوفير الوسائل المساعدة الاستكشافية للأمراض لاكتشافها في وقت مبكر (وقت حضانة الفيروس) أي قبل أن يكون المرض قد أصبح مزمناً

ومما يلح على ضرورة استخدام مفهوم النطاق العمودي هو انه عند اكتشاف المرض في بدايته فإن جدوى تقديم الخدمة يكون في أقصى منافعه وجودته حيث أنه لحد هذه اللحظة فإنه يتم اكتشاف بعض الأمراض عن طريق الصدفة بمعنى أن مريض ما يدخل في تشخيص حالة صحية مثل مغص شديد أو مشكلات في الجهاز الهضمي ويكتشف من خلال التحليل والصور الشّعاعية أن لديه بداية مشكلات في الكلى والغدة الكظرية[18] .

ويعتمد نطاق الخدمة على الاستفادة من التشخيص المبكر للأمراض وتوفير المعاينات المستمرة وعلى توفير بروتوكولات متفق عليها بين وحدات الخدمة الصحية الأولية والثانوية (أي تعاون متبادل في تبادل المعلومات) فيما يتعلق بنظام التحويل والإدارة من قبل مقدمي الخدمة الصحية .

وإمكانية الاستفادة من الخدمة الصحية بحيث يتم التوازن بين تقديم الجراحة النهائية وخدمات المرضى المقيمين وهل يمكن الوصول إلى العيادات الخارجية بأسهل الطرق وتوفير خدمات صحية متعددة داعمة مثل المعاينات السمعية وجهاز تخطيط السمع وكل ذلك يجب أن يتم من خلال استشارة المستفيدين من الخدمة الصحية حول كل الجوانب المتعلقة بالخدمة الصحية المقدمة والحوار معهم فيما يتعلق بالعمليات المستخدمة للوصول للخدمة الصحية وأخذ آرائهم حول هذه العمليات وعلى الخدمة والممارسين والمقدمين والقائمين على العمليات الخدمة[19] .

بالإضافة إلى التركيز على أعباء الحالات المرضية وعلاقتها بالخدمات الصحية المقدمة ، والتركيز على التعليم وبحوث التطوير والتحديث والاستقطاب والمراجعة لكل عمليات الخدمات الصحية المقدمة بالإضافة إلى تطوير برامج التعليم العالي لتوفير فرص للبحوث والابتكار في مجالات يتم تحديدها لتطوير الخدمة الصحية .

5-2- الشراكة من أجل الجودة : تقديم الخدمة :

ويستلزم تحديد مواصفات مفهوم الخدمة ووضع المستويات المعيارية أيضاً أهمية القيام بالتوثيق اللازم وتجميع المعلومات للتأكد من تحقيق المستويات العالية التالية : - جودة الخدمات والسريرية والخدمات الأخرى - رضا العميل / المريض - استخدام الموارد حسب كل حالة

18 - Solomon , the physician managers , 1997 , P123

19 - Lovelock & Wiatz , service marketing , 2007 , P185

وفيما يتعلق بأساليب جمع المعلومات للتحقق من بلوغ كل مستوى من هذه المستويات المعيارية.فقد حددها إبسون **Upson** على النحو التالي[20] :

الوسائل المتاحة للمستفيدين من الخدمة (المشتريين) التحليل ومراقبة درجة تجاوب مقدم الخدمة:

2-5-1 - الجودة والسريرية:

- بيانات إدارة الجودة .　　　　　　　　- بيانات الوفيات
- عملية تحسين الجودة الشاملة
- تحليل المنطقة المغايرة وما قبل التفويض للرعاية ذات التباين الكبير أو التكلفة العالية .
- ملائمة الخدمة ، نتائجها ، وكفاءتها .

2- 5 -2 - جودة (من وجهة نظر) العميل :

- مسوحات / جالوب **Gallup /**
- الربط مع كل مستويات الإدارة وفرق إدارة الجودة الشاملة[21] .

2-5-3- استخدام الموارد حسب كل حالة :

- التحليل المقارن للحالات عن طريق فئات حالات التشخيص المماثل أو تصنيف مشابه .
- جمع الحالات المرضية الظاهر منها أو غير الظاهرة .

<u>2-6 – سبل ووسائل وأساليب تصميم الرعاية الصحية :</u>

إن مسألة وضع مستويات معيارية للرعاية الصحية وتصميمها ضمن وحدة تقديم الخدمات الصحية ينبغي النظر إليهما على أنهما عملية شاملة (**Total**) تحت السيطرة أو الإدارة ومن الأساليب أو الوسائل التي ترتبط بتصميم الرعاية الصحية مايلي [22]:

2 – 6 – 1 – مخطط التشابه :

وهو تجميع مبني على العلاقات التبادلية ويتم ذلك عن طريق عصف الأفكار ويستخدم هذا المخطط لتوليد الأفكار حسب ترتيب معين أو لتنظيم أفكار أو آراء غير مترابطة من مختلف الجوانب المتصلة بعمل ما أو مشكلة ما [23].

وهناك أربع عمليات رئيسية لإيجاد مخطط وهي :

1- القيام بعصف غير مرتب للأفكار حول كل المسائل أو القضايا ذات الصلة بخدمات الرعاية الصحية
2- تسجيل هذه الأفكار في ورقة أو أكثر .
3- البحث عن واحد أو أكثر من مجموعة تشمل خمسة إلى عشرة أصناف أو موضوعات رئيسية والتي تشرح أو تفسر أو تتضمن(80 % - 90 %) من الأفكار التي نتجت عن النقطتين الأولى والثانية أعلاه.

---

20 - Kotler & other , marketing for hospitality and tourism , 1999 , P191

21 - E.Drazen , patient care information system , 1995 , P193

22 -.**طلال الأحمدي ، إدارة الجودة الشاملة، معهد الإدارة العامة ، الرياض . 2002 ، ص294**

23 -.**طلال الأحمدي ، مرجع سابق، 2002 ، ص295**

4- مراجعة هذه المعلومات والحصول على اتفاق حول الأمثل منها الآن .

إن النتائج من هذه العمليات الأربع هو (في الغالب) ترتيب كبير في الأفكار في عدد قليل ومحدود من موضوعات رئيسية كخطوة للمزيد من التحليل المبني على التقييم السريري والتشخيص الجيد وتخطيط الخدمة الصحية ومشاركة المريض في أداء الخدمة الصحية من خلال اتصالات فريق العمل الفعالة من خلال هذا التحليل يؤدي إلى خطة معالجة واضحة ونتائج ايجابية .

2-6-2- مخطط العلاقات المتبادلة :

يستخدم في هذا المخطط روابط منطقية أو متوالية بين المجموعات أو العوامل المحددة بحيث يسمح للأفكار والروابط التي تم طرحها أو توقعها بالبروز خلال المناقشات ، ويمكن تطبيقها لبعض القضايا المتعلقة بتشغيل الخدمات السريرية وغير السريرية . ويستخدم هذا المخطط في الظروف التالية[24] :

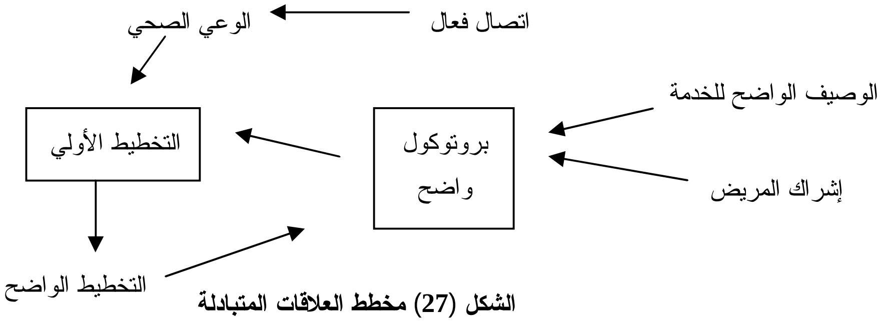
- عندما تكون القضية قيد المعالجة معقدة والعلاقات المرتبطة بها غير واضحة بشكل مباشر .
- عندما تتطلب مسألة الجودة ارتباطاً وتوالياً منطقياً ويتطلب هذا المخطط مايلي :

1- المزيد من توالد الأفكار بشأن قضايا البحث ويتم ذلك عن طريق عصف الأفكار أو الاسترشاد بمواد توثيقية .

2- استخدام الأسهم لتوضيح المسائل المرتبطة .

3- استخدام المربع المزدوج لتوضيح عامل أو سبب أساسي .

ويوضح الشكل (27) التالي الظروف المبينة أعلاه ومتطلباتها :



الشكل (27) مخطط العلاقات المتبادلة

2-6-3- المخطط أو الشكل الشجري :

يستند هذا الشكل على القيام بترتيب منتظم لطيف واسع من الأنشطة التي يجب إنجازها لتحقيق هدف محدد .

ويتطلب فحصاً لروابط موضوعية ومتتالية بين الأعمال . وتفيد هذه الطريقة بالظروف التالية:

- عندما يسود فهم مشوش حول عملية تتكون من مجموعة من الأنشطة .
- عندما تكون هناك حاجة إلى تحليل يتّسم بالشمولية .
- عندما يكون هناك انتقال من مهمة محددة إلى مجموعة واسعة من الأهداف .
- عندما يكون الموضوع معقداً[25]

---

[24] - Solomon , the physician managers , 1997 , P253

وتشتمل خطوات هذه الطريقة على مايلي :

- البدء بعمل أو عملية واحدة وكتابتها في الطرف الأيسر من الورقة أو السبورة .
- السؤال عن المطلوب لإكمال العمل ووضع أوزان من نقطة إلى خمس نقاط .
- اسأل لكل واحدة من النقاط السؤال نفسه .

2-6-4- التصميم المصفوفي :

الغرض منه هو تخطيط العلاقات البينية بين الأعمال الفرعية وتحديد الأهمية النسبية لكل منها[26] . وتتوافر هذه الوسيلة على شكل مصفوفة تتخذ رسم الحرف اللاتيني **L** وسنوضح بالشكل التالي مثالاً عن التصميم المصفوفي المتعلق بتصور أو مرئيات كل من المريض وطبيب الجراحة للجودة

تصور المريض	مدة البقاء	توافر الاسرة	توافر غرف العمليات	كفاءة العمالة	سرعة الاجراء	فريق العمل	العلاقة مع المريض	تصور الطبيب
سهولة عمليةالادخال								
الاستقبال								
الخدنات الفندقية								
مواقف العاملين								
المعلومات								
ألم بعدالعملية								
ترتيبات الخروج من المستشفى								

الشكل (28) مخطط جودة خدمة الجراحة لكل من الطبيب والمريض

2-6-5- تحليل بيانات المصفوفة :

تساعد هذه الطريقة في ترتيب المعلومات الشكل المصفوفي بما يجعلها أكثر سهولة عند فحص وتوضيح العلاقات بين المتغيرات . وقد يكون تطويرها صعباً ومعقداً عند استخدام وسائل وطرق إحصائية متقدمة وتسمح هذه الطريقة باستعراض الموضوعات والقضايا وأنماط السلوك الرئيسية بأسلوب ذي بعدين على أقل تقدير[27] .

2-6-6- مخطط برنامج شكل العملية :

هذا المخطط يتم استخدامه لتعريف كل حدث متوقع أو غير متوقع في العمليات السريرية وغير السريرية ويساعد المخطط في التخطيط للحدث ، وكذلك التخطيط لكيفية تلافى ما قد يواكب تحقيقه من انحرافات وهو يماثل من حيث التكوين الشكل الشّجرى ويتضمن :

- تحديد جزء واحد من العملية قيد البحث .
- طرح السؤال : ما هو الشيء الخطأ الذي قد يحدث في الخطّة المحددة .
- إعداد القائمة أو الإجراء المضاد الذي يمكن اتخاذه .

---

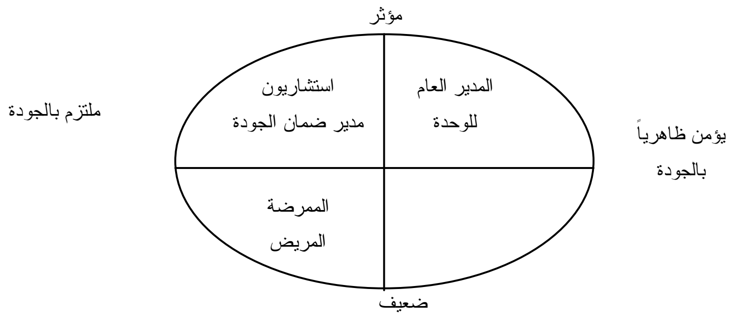
[25] -.طلال الأحمدي ، مرجع سابق، 2002 ، ص297

[26] -.طلال الأحمدي ، مرجع سابق، 2002 ، ص298

[27] - Solomon , the physician managers , 1997 , P260

- المواصلة حتى اكتمال العملية .
- التكرار مع أجزاء أخرى من العملية .

ويوضح الشكل رقم (29) مخطط برنامج شكل العملية لتقديم خدمات العلاج النفسي .



الشكل (29) تحليل بيان المصفوفة

2- 6 – 7 – الشكل السّهمي :

هذه الطريقة مشابهة لدرجة كبيرة لمنهجية تتبع سلوك المريض ، والتي تستخدم لتخطيط عملية ما بصورة محددة ومفصلة تساعد في فهم الأعمال المهمة المتصفة بالتكرارية[28] . وطبقاً لذلك فهي مشابهة لطريقة تحليل المسار الحرج .

2 – 7 – تصميم نظام إدارة الجودة :

للتأكد من تقديم خدمة رعاية صحية تتسم بقدر عالٍ من الاتساق يجب على الوحدة المقدمة للخدمة الحرص على خاصية الاتساق للتأكد من أن التصميم / أو المستويات المعيارية قادرة عن التنبؤ بما ينتج من استخدام عملية واحدة بنفس المعدات ونفس الطريقة أو الإجراء وبنفس الشكل كل مرة [29]. هذه العملية يجب أن ينصّ عليها ضمن مفهوم الخدمة وهي الهدف من وجود نظام إدارة جودة الرعاية الصحية .

إن استخدام نظام كامل التوثيق لإدارة الجودة سوف يضمن الإيفاء بمتطلبين رئيسيين ، هما : متطلبات العملاء (المشتري والمريض) .

- الثقة بأن المستشفى وخدمات المجتمع تقدمان الخدمة بصورة متسقة .
- متطلبات المشفى – وذلك عن طريق استخدام الموارد بصورة مثلى : لتحقيق أفضل النتائج .

ولا شك أن تصميم نظام إدارة الجودة يقتضي إيجاد دليل موضوعي من المعلومات المتاحة يؤكد وجود أنشطة تتصل بنظام إدارة الجودة .

وتقع متطلبات نظام إدارة الجودة في عدة مجموعات عامة وهي مشابهة لتلك المجموعات الواردة بالتفصيل في الوثيقة **ISO 9000/BS 5750** والتي تتم دراستها من قبل بعض المستشفيات المقدمة للخدمة الصحية والخدمات لصحية المتخصصة[30] ، وذلك من أجل إجازتها والتصديق عليها وأنها تعمل تحت مظلة أنظمة إدارة الجودة المعتمدة وهذه المجموعات هي :

[28] - **طلال الأحمدي ، مرجع سابق، 2002 ، ص302**

[29] - McDonald I , health care Quality Assurance , 2001 ,P247

[30] - McDonald I , health care Quality Assurance , 2001 ,P249

2-7-1- سياسة الجودة : يجب أن يكون تنظيم استراتيجية المستشفى للجودة بصورة تكاملية مع خطة المستشفى للأعمال واضحاً ومفهوماً وأن يتم تنفيذه على كافة نطاقات المستشفى .

2 – 7 – 2 – التنظيم: يجب أن تكون العلاقات التنظيمية المتعلقة بإدارة الجودة واضحة وخالية من الغموض .

2 – 7 – 3 – نظام الجودة : ضرورة وجود دليل إرشادي يوضح السياسة العامة للجودة وإجراءات وممارسات المشفى فيما يعلق بتقديم رعاية صحية حسب مواصفات الجهات المستفيدة .

2 – 7 – 4 – استعراض الرقابة : يجب أن يوثق كل مفهوم خدمة مبرم مع الجهات المستفيدة وذلك للتأكد من أن متطلبات مفهوم الخدمة : - واضحة ومدونة كتابة – تم الإيفاء بها .

2- 7 – 5 – مراقبة التصميم / والمستويات المعيارية : يجب أن تتوافر إجراءات لمراقبة الجوانب ذات العلاقة بتقديم الخدمة للتأكد من أنها ترجمت إلى مستويات معيارية .

2-7-6- مراقبة الوثائق والتدوين : يجب العمل على تحديث كل ما هو موثق وله علاقة بالجودة ويجب مراجعتها وتنظيمها بصفة منتظمة ومراقبتها إما يدوياً أو باستخدام الحاسب الآلي .

2-7-7- الشراء : يجب توافر آليات للتأكد من أن المنتجات والخدمات المشتراة ضرورية لتقديم الرعاية الصحية وأنها تتوافق مع المتطلبات الموضوعة والمتوقعة .

2-7-8- التعريف والتتبع : يجب أن تكون العمليات التي يشملها تقديم العناية الصحية واضحة ومفهومة ويمكن تتبعها .

2-7-9- الرقابة على العمليات: يجب أن يكون إرشادات موثقة متاحة لكل فرد من العاملين يطلب منه تنفيذ أعمال معقدة وينبغي أن يكون تدريبه كافيا لإنجازها .

2-7-10- التفتيش والقياس والرقابة : إن أي توصيف يحدد بإشارة يجب أن تتبعه مراقبة لأداء العاملين بما يضمن توافق الأداء مع المستوى المعياري .

2-7-11- الخدمات غير المتوافقة : ينبغي أن يكون هناك تحديد لسبل التعامل مع الخدمات التي لا تتوافق مع المواصفات المرغوبة[31].

2-7-12- الإجراء التصحيحي: يجب أن يكون واضح بحيث يؤدي إلى تحسين مستمر في الجودة.

2-7-13- سجلات الجودة: السجلات الصحية توفر الدليل المستمر على أن الرعاية والخدمات تقدم بالوجه المطلوب .

2-7-14- التدريب : يجب أن تتوافر الإجراءات المناسبة لضمان مشاركة جميع العاملين في الإجراءات التدريبية.

2-7-15- استخدام المعلومات المستمرة : يجب استخدام المعلومات وطرق التحليل بصورة منتظمة لمراقبة الاتجاهات السائدة فيما يتعلق بجودة الرعاية الصحية.

2-7-16- مراجعات واستعراض نظام الجودة : على المشفى المقدمة للخدمة أن تجري الترتيبات اللازمة لإجراء المراجعة الداخلية للجودة إضافة إلى المراجعة الخارجية.

2-7-17- هيكل التوثيق والتدوين : يجب أن يوجد دليل إرشادي للجودة لتوضيح الكيفية المتبعة في المشفى من أجل تنفيذ سياسة الجودة المقرة[32].

---

31 - NE the ames , health service , 2001 . P139

المبحث الثالث

العلاقة التفاعلية بين مؤدي الخدمة والمستفيد منها

3-1مفهوم العلاقة التفاعلية:

عند الحدث عن مؤدي الخدمة الصحية والمستفيد منها فإننا نتحدث عن علاقة إنسانية ذات طابع خاص ومميز، والخصوصية ناتجة عن الوضع النفسي والجسدي لطالب الخدمة الصحية وبالتالي يكون التعامل معه ذا طبيعة خاصة ومميزة، ويعتمد على النظرة التسويقية التي تقول "ينبغي أن تفكر في عملائك كشركاء لك أو على نحو أفضل كعائلتك" (فيكتور كيام)[33].

وفق ذلك يجب التعامل مع طالب الخدمة الصحية كأحد أفراد العائلة حتى يشعر بالراحة والأمان من خلال العطف والحنان المقدم له من الأطراف المختلفة مؤدية للخدمة الصحية، خصوصا وأن عملية أداء الخدمة لا يمكن أن تتم من دون تعاون وتفاعل متبادل بين مؤدي الخدمة والمستفيد منها.

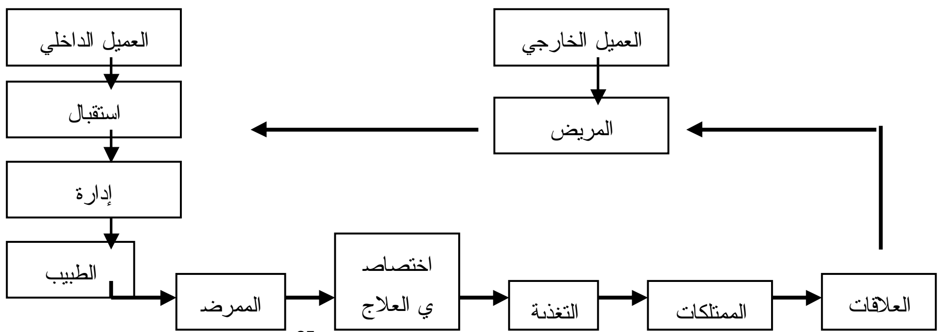
3-2- مقومات بناء العلاقة التفاعلية بين مؤدي الخدمة والمستفيد منها:

3-2-1: توصيف واضح للمستفيد من الخدمة الصحية:

من الصعوبة تقديم الخدمة الصحية للمستفيد منها بشكلها الصحيح من المرة الأولى ما لم يكن مؤدي الخدمة لديه علم بالفرد أو الأفراد الذين ستقدم لهم الخدمة الصحية[34] ، لذلك ينبغي أن تتعامل المشفى مع مفهوم العميل بالصورة المتعددة حيث يكون عملاؤها في الغالب هم :

- المرضى الحاليين والمحتملين .
- الأقارب والزوار.
- السلطات المشترية (المؤسسات العامة – الجمعيات الخيرية – المنشآت الخاصة).
- عملاء الأطباء الممارسين .
- منظمات أخرى العاملين في المشفى نفسه.

لذلك يكون هناك حاجة ماسة لفهم واضح لسلسلة العميل الداخلي والعميل الخارجي،ويبين الشكل (30) التالي هذه السلسلة:



الشكل (30) سلسلة العميل الداخلي و الخارجي المصدر بتصرف[35]

32- Board, Western,health & social service,1999, P149

33- Solomon , the physician managers , 1997 , P418

34- Lovelock & Wiatz , service marketing , 2007 , P250

3-2-2- تعريف خدمات العميل/ سياسة الخدمة:

تحتاج المشفى مقدمة الخدمة الصحية إلى عقد العزم على تحديد مراميها وأهدافها بصورة واضـــحة ومحـــددة لتلبية احتياجات فئات المستفيدين من الخدمة الصحية ،و أن تسعى إلى إضفاء السعادة والســـرور للمســـتفيدين من الخدمات الصحية المقدمة لهم من كل جوانب عملية أداء الخدمة الصحية.

3-2-3- تقدير احتياجات وتوقعات المستفيدين من الخدمة الصحية:

يجب أن يقف كبار العاملين والمديرين في المشفى على رغبات واحتياجات المستفيدين من الخدمـــة الصـــحية بشكل مستمر وذلك من خلال استقصاء آرائهم حول الخدمة الصحية المقدمة لهم ، وبقدر ما يعتقد العـــاملون أنهم يقدمون الخدمة الصحية الجيدة لذا ينبغي أن يكون لديهم الـــدافع القـــوي لتقـــدير رغبـــات واحتياجـــات المستفيدين من الخدمة الصحية [36]،وذلك لاستكشاف نقاط الضعف وثغرات الخلل فـــي عمليـــة أداء الخدمـــة الصحية والتي قد يؤدي لانحدارها أو فشلها، لذلك يمكن اللجوء التعرف على العملاء ذوي الصور المتعـــددة وذلك لتقدير رغبات واحتياجات وتوقعات المستفيدين من الخدمة الصحية .

3-2-4- استراتيجيات التعاقد والخدمة:

يجب أن تقوم إدارة المستشفى بوضع معايير ومقاييس واضحة للخدمات الصحية المقدمة لديها وذلـــك بهـــدف مراقبة ومتابعة تنفيذ عملية أداء الخدمة الصحية وتعريف المستفيد منها بكل وضوح .

3-2-5- معايير قياس رضا المستفيد من الخدمة الصحية:

من المهم أن تتضمن العلاقة التفاعلية مقياسا أساسيا يسمى مقياس الخط القاعدي بالإضافة إلى مقاييس فصلية مستمرة الهدف منها قياس رضا المستفيد من الخدمة الصحية حول كل خدمة رئيسية من الخدمات المقدمة لـــه فدون اللجوء إلى تلك المقاييس إذا توافرت النية الحسنة لدى المستقصين آراء المستفيدين من الخدمة[37] التـــي تجمع المعلومات الداعمة ذات الصلة برضا المستفيد من الخدمة الصحية فإن هذه المعلومات ســـيغلب عليهـــا تحيزه الشخصي وسيكون هناك عدم موضوعية في تقييمه لرضا المستفيد من الخدمة الصحية، وإن يكن لهذه المعلومات سوى ظرفها اليومي لذلك يجب استخدام مقاييس ومعايير الرضا لدى مستخدم الخدمـــة الصـــحية، وذلك من أجل الوصول إلى نتائج واقعية وموضوعية .

3-3- تنمية الوعي لدى العاملين وتحسين مواقفهم تجاه المستفيدين من الخدمة الصحية :

مع ازدياد الاهتمام برضا المستفيد من الخدمة الصحية وازدياد التركيز بقياس مـــدى ذلـــك الرضـــا وكيفيـــة وطريقة قياس رضا المستفيدين من الخدمة الصحية ومن خلال طرح هذا الموضوع للنقاش والحـــوار علـــى مستوى المشفى بكل مستوياتها الإدارية والتنفيذية يصبح واضحاً للعديد من العاملين في المشفى أهمية التركيز على عنصر الرضا لدى المستفيدين من الخدمة الصحية ويمكن أن نذكر الأمثلة التالية :

---

[35] **أوبزيتون،غازي فرحان،"خدمات الإيواء في المستشفيات" ، دار زهران، 1999،ص204**

[36] - J.H.Gittell , relationships between service providers and their impact on customers, 2002 .P304

[37] **-.طلال الأحمدي ، مرجع سابق، 2002 ، ص409**

3-3-1 - الطبيب لاستشاري :
يجب على الطبيب الاستشاري عندما يوجه بالمعلومات المرتدة من قبــل الإدارة العليــا (وخصوصــاً إدارة التسويق) حول أسلوبه وأسلوب زملائه في تأدية الخدمة الصحية فلابد أن يلتزم بتوجيهــات ونصــائح هــذه الإدارة عن أسلوبه لكن ما يحدث عملياً أن الطبيب الاستشاري يقرر بان وجهة نظره وأســلوبه هــو الأكثــر أهمية وهو الأنسب والأصح[38] وان هذه النظرة السائدة والمنتشرة إلى أقصى الحدود في المستشفيات . وهــذه النظرة لا تتوافق مع وجهة نظر الإدارة العليا وخصوصاً إدارة التسويق من جانب ولا تتوافق مع وجهة نظر المستفيدين من الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى .
3 – 3 – 2 – كاتب الجناح :
على كاتب الجناح أن يكون على مستوى عالي من اللباقة في التعامل مــع زملائــه العــاملين ومــع جميــع الأطراف المستفيدين من الخدمة الصحية (المرضى – الزوار مرافقي المرضى – الأطراف وجهات الأخرى) فيجب أن يقدم خدماته من معلومات وتوجيهات بمستوى عالي من الحرفية المهنية التي تتسم باللباقة والأدب.
3 – 3 – 3 – الطبيبة النفسية :
إن وجود الطبيبة النفسية ضمن فريق العمل في المستشفى هو أمر ضــروري وملــح وخصوصــاً بالنســبة للحالات المرضية الخاصة (العمليات الجراحية الحرجة – الأمراض الخبيثــة ... الــخ) فتكــون مهمتهــا المساهمة في رفع الحالة النفسية والمعنوية لدى المستفيدين من الخدمة الصحية وخصوصاً الحالات الحرجــة ويجب أن تكون الطبيبة النفسية على قدر عال من التفهم والذكاء والنباهة لكي تستطيع أن تنفذ مهامهــا فمــن غير المعقول أن تكون هناك طبيبة نفسية تعمل من أجل تلك الغايات وتكون هي بحاجة إلى طبيبة نفسية .
3 – 3 – 4 – المستفيد من الخدمة الصحية وخدمة الإعاشة :
من ضمن الخدمات المهمة والتي يجب أن تلقى الاهتمام والعناية خدمة الإطعام وتأتي أهميتها من عدة جوانب وهي أن هناك مرضى بحاجة إلى أطعمة خاصة إضافة إلى أن هناك مرضى يأكلون الأطعمة فــي وضــعها الطبيعي ووفق حالة كل منهم و أيضا الطعام الموجه إلى مرافقي المرضى والطعام الخــاص بالعــاملين فــي المشفى فيجب أن تكون هذه الخدمة مقدمة بمستوى واحد بالنسبة إلى جميع الأطراف السابقة ويجب أن يقــدم هذا الطعام الشهي من قبل الممرضة الحسنة الخَلق والخُلق ، مما يساعد في دعم عملية الشفاء ، ولكن الــذي قد يحدث في المستشفيات هو الاهتمام بالطعام للمسؤولين فقط وإهمال طعام المرضى .
لذلك يترتب على إدارة المشفى العمل على متابعة تأدية الخدمة الصحية من كافة جوانبها ويجب عليها تشجيع هيئة العاملين للانتباه على مواقفهم وتصرفاتهم الخاصة والتزامهم بأسلوب وجودة عملية تأدية الخدمة الصحية بشكل عام وحثهم إلى بذل كافة قدراتهم والعمل على وضع المستفيدين من الخدمة الصحية في مكان الأولوية بشكل خاص[39] .
<u>3 – 4 – التجاوب مع وجهات نظر المستفيد من الخدمة الصحية :</u>

---
38 - Solomon , the physician managers , 1997 , P49
39 - Solomon , the physician managers , 1997 , P302

توجد لدى هيئة العاملين مواقف معينة فيما يتعلق بالخدمة الأولى للمستفيد من الخدمة الصحية وهيئة العاملين مستعدة لاستخلاص وجهات نظر المستفيد من الخدمة من جميع جوانبها أي من نقطة بداية تأدية الخدمة (مكتب قبول المرضى) حتى آخر مرحلة وهي استخلاص استمارة تخريج ومراجعة مكتب المحاسبة حيث في بعض الأحيان تتبنى هيئة العاملين عن وعي أو بدون وعي أنموذج " جان بول سارتر " في المسح الذي يتمثل بقوله : أنا سألت إذاً أنا مهتم بالمستفيد من الخدمة الصحية ، حيث يقوم مؤدي الخدمة بالاستفسار عن الخدمة المقدمة للمستفيد بشكل عرضي وغير متعمق بالتفاصيل الدقيقة ولا يكون هدفه جمع المعلومات بل مجرد إظهار شيء من الاهتمام بالمستفيد من الخدمة وبعض العاملين يتصرف تصرفاً مماثلاً من حيث كونهم يعرفون أنهم يفترض فيهم أن يسألوا المرضى عن وجهة نظرهم في الخدمة المقدمة لهم ولكن لا يكاد يتم طلب هذه المعلومات من المرضى حتى تنتهي العملية عند هذه النقطة لأنه لا يتم جمع لأي معلومة لذلك يجب توعية هيئة العاملين على أهمية استكمال عملية استخلاص المعلومات من المستفيد من الخدمة المؤدى له وتجميع هذه المعلومات وتصنيفها ومناقشتها مع الإدارة المختصة وذلك للعمل على تجاوز الثغرات مواطن الضعف والعمل على تعزيز وتثبيت مناطق القوة والتأكيد على الجوانب المهمة والمميزة التي أثارت استحسان وقبول المستفيد من الخدمة الصحية فالمستفيدون من الخدمة يشتركون في عملية تسليم الخدمة سواء بصورة فاعلة أو سلبية ويتم تغيير سلوك المستفيد من الخدمة الصحية من خلال التعليم و الإقناع بفوائد عملية الخدمة الصحية[40] .

<u>3 - 5 – الشكاوي :</u>

يمكن تجميعها وتحليلها إلى فئات على الشكل التالي :

- المسائل المتعلقة بالأداء والتصرف بين أعضاء : الهيئة الطبية – هيئة التمريض – الهيئات الأخرى
- المسائل المتعلقة بالاتصال مع أعضاء : الهيئة الطبية – هيئة التمريض – الهيئات الأخرى .
- فترات الانتظار .
- الخدمات الفندقية .
- الشكاوي الأخرى .

ومن تقرير لجنة الخدمات الصحية نخلص إلى الأنماط النوعية من الشكاوي الرئيسية التي تصل إلى مستوى كبار المسؤولين ومنها :

- النقص في رعاية القابلة أثناء مخاض المريضة .
- تدني مستوى العلاج والرعاية في قسم الحوادث والطوارئ .
- النقص في إخراج المرضى والعناية المنزلية ، والترتيبات الخاصة بالرعاية اللاحقة بصغار السن من المرضى .
- التأخير في معالجة الإصابات التي حدثت في المشفى .
- تقديم النصح لمريضة قبل الولادة .

40 - **هاني الضمور ، مرجع سابق، 2005 ، ص275**

- تصرفات فريق سيارة الإسعاف والاستجابة للشكاوى .

3 – 5 – 1 – ونستشهد بعلاج واحد لإحدى الشكاوى المذكورة سابقاً :

العلاج : اعتذر مدير المشفى عن النواقص التي استعرضتها اللجنة ووافق عل تذكير الهيئة الطبية بأهمية التحديد الدقيق لتاريخ وأوقات تدوين ملاحظاتهم السريرية بحالات المرضى في سجلاتهم الصحية وقد وافقت تلك الهيئة على الالتزام بذلك وأن تستمر الهيئة المسؤولة عن معالجة الشكوى بصورة كاملة بتفهم ما يجب عمله في إجراءات الشكاوي ومن المجالات النوعية التي يعلق عليها المرضى والمستفيدين الآخرين[41] من حيث طبيعة العلاقة التي يجب الابتداء بها مع المستفيد من الخدمة الصحية حيث أنه يشعر بالقلق وعدم الاطمئنان فعلى العاملين في نافذة العرض الأمامية في المشفى احتواء المستفيد من الخدمة بكل الوسائل الممكنة والتي تعمل على التخفيف من قلقه وتوتره وإضفاء الشعور بالطمأنينة من خلال عدة أمور منها : الترحيب بحرارة وتقديم الإرشادات والمعلومات التحضيرية ومصاحبة المستفيدين إلى وجهتهم وإعطاء الراحة الكاملة للمرضى والابتسامة المستمرة والدائمة ونؤكد عند معالجة إحدى الشكاوى على إرضاء المشتكي فمن الواجب أن يؤثر علاج هذه الشكوى على النظام بأسره بحيث لا تعود المشكلة إلى الظهور أبداً.

<u>3 – 6 – المسؤولية اتجاه المستفيدين من الخدمة الصحية :</u>

إن إيلاء المستفيد من الخدمة الصحية المكانة الأولى في حيز الاهتمام يرتب التصرف بطريقة تتجلى فيها مسؤولية الخدمة تجاه المستفيدين الذين يدفعون لها الأجور في النهاية وهناك طريقتان رئيستان لذلك :

1- المقاييس والمواصفات الواضحة والصريحة التي يثبت أنها تلبي حاجة المستفيد من الخدمة الصحية إن لم تزد عليها .

2- المواثيق الصريحة التي تجسد المقاييس الرئيسة لقيم الخدمة .

وكلاهما يعنيان أن المرضى (وهيئة العاملين) هم على وعي دائم بما يبغي للمريض أن يتوقعه من الخدمة في الظروف العادية وهناك أمثلة على تأكيد المسؤولية باتجاه المستفيدين من الخدمة وقد تكون هذه المسؤولية مكتوبة وهذا ما نلاحظه في ميثاق المرضى في مشفى (نورث ويك بارك) ويتضمن هذا الميثاق: :

- أن يتلقى المرضى كل الرعاية الضرورية من المشفى من أجل تشخيص صحيح ومعالجة صحيحة لمرضهم .
- أن يحظى المرضى بالاهتمام والخصوصية والكرامة في كل الأوقات .
- إعلام المرضى بكل جوانب مرضهم إذا اختاروا ذلك .
- الاهتمام بالمرضى فيما يتعلق بأسرتهم وأصدقائهم المقربين .
- أن يتلقى المرضى خدمة الدفاع إذا كانوا غير قادرين عن التعبير الفعال عن حاجاتهم الخاصة .
- أن يتم خروج المرضى من المشفى في اليوم والوقت الذي تمليه حاجات رعايتهم الصحية .
- أن ينال المرضى رعاية مستمرة تتماشى مع نوعية الحاجات المرتبة من أجلهم .
- أن يتم التحقيق في أية شكوى يقدمها المرضى تحقيقاً دقيقاً ويحصلوا على إجابة خلال أمد معقول[42].

<u>3 – 7 – مدخلات ومخرجات عملية أداء الخدمة :</u>

---

[41] -.**طلال الأحمدي ، مرجع سابق، 2002 ، ص451**

[42] -.**طلال الأحمدي ، مرجع سابق، 2002 ، ص455**

في تعريف عملية الرعاية الصحية هناك المدخلات التي يجب تحديدها مثل :

- الناس (المهارات – التدريب – المعرفة – الخبرة)
- الطرق والإجراءات والإرشادات
- المعلومات
- المواد
- الأجهزة والمعدات
- السجلات والأعمال الكتابية .

وبالمقابل يجب تحديد المخرجات المتصلة مثل :

- المرضى الذين تم تقييم حالاتهم وعلاجهم
- خلاصة (تقرير) الخروج الموجه للممارس العام .
- الخطابات المطبوعة
- وصفات العقاقير الكاملة
- تسليم البضائع
- كشوف الأجور

ويعتبر التصنيف التوثيق الذي يعكس العملية الواضحة بين المدخلات والمخرجات العامل الرئيس في حدوث فشل الرقابة على الجودة . ويتضمن توثيق العملية العناصر التالية :

- جمع لبيانات وضوح الأفكار
- تحليل المشكلات في العملية
- الإجراءات المناسبة لتحسين العملية .

أما الهدف الرئيس لمختلف أوجه الرقابة على جودة الرعاية الصحية يتمثل في الابتعاد عن عوامل الفشل أو الحد منها أي اتباع نموذج العيب الصفري في الرعاية الصحية . ويرى (أوكلاند) في هذا المجال أن أية عملية تتصل بالرعاية الصحية يمكن مراقبتها والسيطرة عليها من خلال قياس الأداء[43] . وينبغي أن يكون القياس مفتوحاً باستمرار لعمل التغذية المرتدة ليتم الاستفادة منه في اتخاذ الإجراءات التصحيحية الممكنة .

إن مراقبة عملية تأدية الخدمة تعد بمنزلة استراتيجية للحد من التباين في الأداء وبالتالي يمكن الاستفادة منها لتحسين الجودة عن طريق توفير المزيد من الرعاية الصحية المتسمة بالوثوق والاتساق .

<u>3 – 8 – برنامج المراجعة السريرية :</u>

خط سير المريض وتحليل العمليات الطبية والتمريضية الأساسية :

قد يكون مهماً التحديد الواضح للعمليات السريرية وعمليات رعاية المريض أو خطوط سير المريض وذلك لمعرفة جوانب القصور أو مجالات تحسين الرعاية أو الخدمة المقدمة وهناك ثلاثة أساليب مترابطة وهي :

1) متابعة خط سير المريض وتحديد مؤشرات الجودة .

---

[43] - Lovelock & Wiatz , service marketing , 2007 , P418

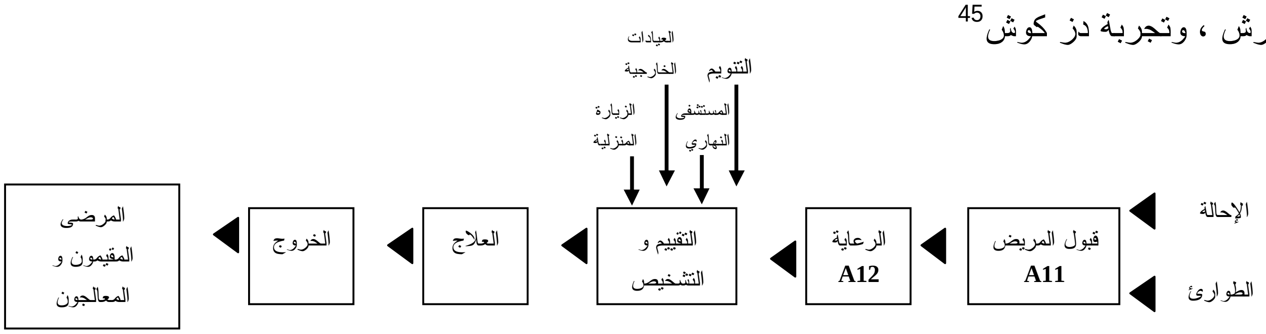
2) إعداد المستويات المعيارية ومراقبتها .

3) تعريف الناتج المحدد

4) متابعة خط سير المريض وتحديد مؤشرات الجودة :

عبر هذا الأسلوب يتم تحديد خطوة أو أكثر من عملية رعاية المريض ويتم توصيف مؤشرات محددة تتعلق بجودة رعاية المريض[44] .

إن النموذج الأمثل لتتبع خط سير المريض سيتم توضيحه في الآتي ويشتمل على بعض المؤشرات الأساسية التي تم تحديدها وهذه المؤشرات تم تأمينها من ثلاثة مصادر هي : ميثاق المريض الحكومي وورشة عمل مارش ، وتجربة دز كوش[45]



1- الإحالة إلى الاستشاري	1-السجلات	1- تزويد المريض بالمعلومات	1- خطة الخروج
2- الرعاية	2- مستويات معيارية	2- وقت الانتظار للدخول	2- الشكاوي
3- وقت الوصول	3- الاحترام	3- تحديد الممرضة والطبيب المشرف	3- معلومات مرتدة من مقدم الخدمة
4- الاتصال السريع مع أو الطبيب	4- الخدمة	4- الأهداف المتفق عليها	4- الأهداف المتفق عليها
5- توقعات العميل	5- البيئة الصحية	5- تقييم العلاج و المعلومات المرتدة	5- إدارة الخدمة على المدى البعيد

الشكل (31) خط سير المريض

يرى الباحث إن استخدام تلك الوسائل والأساليب يعمل على تعزيز وبناء العلاقة التفاعلية بين مؤدي الخدمة والمستفيد منها كلما كان استخدام هذه الأساليب والإجراءات بسهولة ويسر ومن دون أي تعقيدات فذلك يرفع من مستوى الثقة والرضا للمستفيد من الخدمة الصحية وان أي تقصير أو تأخير في استخدام هذه الوسائل والإجراءات سوف يكون له نتائج وتأثيرات سلبية على مستوى الرضا من المستفيد من الخدمة الصحية

---

[44] -.طلال الأحمدي ، مرجع سابق ، 2002 ، ص350

[45] -.طلال الأحمدي ، مرجع سابق ، 2002 ، ص351

المبحث الرابع

رضا المستفيد من الخدمة الصحية

1-4 – تعريف رضا المستفيد من الخدمة الصحية :

لقد وردت تعريفات عديدة وكثيرة حول موضوع رضا المستفيد من الخدمة الصحية و سوف نعرض عدد منها فقد عرف هوفمان رضا المستفيد من الخدمة على أنه : (مقارنة توقعات المستفيد من الخدمة الصحية مع الجودة المدركة لعناصر الخدمة) فهذا التعريف يعتمد على نموذج تأكيد التوقعات الذي يقسم الرضا إلى ثلاث حالات : أ) الحالة الأولى : تحدث عندما تتطابق توقعات المستفيد من الخدمة مع الأداء الفعلي من الخدمة بحيث تكون هناك حالة من الرضا لدى المستفيد من الخدمة .

ب) الحالة الثانية : تحدث عندما تكون توقعات المستفيد من الخدمة أكبر من الأداء الفعلي للخدمة بحيث تكون هناك حالة من عدم الرضا لدى المستفيد من الخدمة .

ج) الحالة الثالثة : تحدث عندما يكون أداء الخدمة الفعلي أعلى من المتوقع بحيث تكون النتيجة هي الرضا التام الذي يمكن أن يدفع المستفيد من الخدمة إلى التحدث عن الخدمة باستحسان للآخرين[46].

كما عرف الرضا على أنه : مصطلح تجاري يعبر عن قياس مدى ما تحققه الخدمات أو المنتجات لمنظمة لتوقعات المستفيد منها[47].

وبناءً على ما سبق يرى الباحث الرضا عن الخدمات الصحية بأنه عبارة عن : مدى توافق توقعات المستفيد من الخدمة الصحية مع الخدمة الصحية المقدمة له فكلما توافقت الخدمة المقدمة للمستفيد من الخدمة مع توقعاته أو تجاوزتها يكون المستفيد من الخدمة راضياً عن الخدمة المقدمة له .

4 – 2 – مقارنة إدراكات المستفيد من الخدمة الصحية بتوقعاته :

من الطبيعي أن يقوم المستفيد من الخدمة الصحية بعد تلقيه الخدمة المقدمة له بمقارنة ما تم له مع ما كان يتوقع أن يحصل عليه من هذه الخدمة ويرى أغلب الكتاب أن المستفيدين من الخدمة يحكمون على جودة الخدمة وفاعليتها من خلال مقارنة الخدمة التي يتلقونها فعلاً مع الخدمة التي يتوقعون أن يتلقونها لذلك فإنهم يعرفون جودة الخدمة على أنها (حالة التناقض بين توقعات المستفيد من الخدمة وبين إدراكاتهم)[48]

عندما تكون الجودة المدركة تفوق التوقعات فإن المستفيد من الخدمة الصحية يكون راضيا عن الخدمة وسعيداً بها وعندما يكون أداء الخدمة الصحية أقل من التوقعات فإن المستفيد من الخدمة الصحية يكون غير راض عن الخدمة الصحية المقدمة له .

---

[46] - Hoffman , K.D,essential of service marketing concepts , 2002 , P301

[47] - www.ayadina.keuanaonline.com

[48] - **بشير العلاق و زميله ، مرجع سابق، 1999 ،ص261**

4 -3 – العوامل المؤثرة على توقعات المستفيد من الخدمة الصحية :

هناك عوامل عديدة تؤثر على توقعات المستفيد من الخدمة الصحية ومن خلال هذه العوامل يكـون المسـتفيد من الخدمة الصحية مهيئا مسبقاً ليكون راض أو غير راض عن الخدمة الصحية المقدمة له فيجب على إدارة المشفى أن تدرك هذه العوامل وتعمل قدر الإمكان على السيطرة عليها بشكل مباشر أو غيـر مباشـر لكـي تتمكن من تقديم خدمة صحية تحاكي توقعات المستفيد من الخدمة الصحية وبالتالي تنال رضاه وهذه العوامـل هي[49]:

4 -3 – 1 – الكلمة المنطوقة :

ومن الأمثلة على الكلمة المنطوقة رأي أصدقاء المستفيد من الخدمة الصـحية المقدمـة بالمشـفى ومعـداتها وكادرها الطبي والإداري وخدماتها الفندقية وموقعها ..... الخ .

4-3-2 – الحاجات والتفصيلات الشخصية :

ومن ذلك هل يحبذ المستفيد من الخدمة الصحية أن يرتدي القائمين على تقديم الخدمة الصحية لباسـاً موحـداً وهل يحبذ تعدد الألوان في تصميم بناء ومرافق المشفى .

4-3-3- التجارب السابقة :

فإذا كان المستفيد من الخدمة الصحية من الرواد الدائمين للمشفى ويحصل على اسـتقبال متميـز مـن قبـل العاملين وإدارة المشفى فإنه يصبح معتادا على هذه المعاملة اللطيفة ويتوقع حصولها في كل مرة

4-3-4- الاتصالات الخارجية :

تتمثل الاتصالات الخارجية بالإعلان المنشور في الصحف والمجلات المهمة في البلد إضافة إلى الإعلانـات في التلفاز من خلال المحطات الأرضية والفضائية وهذه الإعلانات تشير إلى الخدمة المميزة في المشفى ممـا يجعل المستفيد من الخدمة الصحية يكوّن انطباعاً جيداً عن المشفى وجودة الخدمة الصحية المقدمة فيها .

4-4- فجوة التوقعات :

يجب على إدارة المشفى العمل دائماً على سد فجوة التوقعات لدى المستفيد من الخدمة الصحية كلما كان ذلـك ممكناً ولقد تم تشخيص أربعة مسببات محتملة لفجوة التوقعات هي :

أ) عدم اطلاع الإدارة تماماً على خاصيات الخدمة الصحية وعلى التفاصيل الأكثر أهمية بالنسبة للمستفيد مـن الخدمة الصحية وبالأولويات المطلوبة من قبل المستفيد من الخدمة الصحية .

ب) عدم قدرة الإدارة على زج الإمكانيات والموارد لحل المشكلات التي تواجه عملية تقديم الخدمة الصـحية على سبيل المثال تكون الإدارة على علم بخطوط الانتظار التي يعاني منها المستفيد من الخدمة الصحية وهـو ينتظر دوره إلا أن الإدارة لا تحرك ساكناً لحل هذه المشكلة .

ت) قد تكون معايير الجودة التي تم وضعها ليست على درجة عالية من الإتقان وقد يعود ذلك إلى سـوء أداء أو عجز القائمين على تقديم الخدمة الصحية و التعامل الصحيح واللائق مع المستفيد مـن الخدمـة الصـحية وذلك لسبب عدم تدريبهم أو أنهم غير مؤهلين بشكل جيد للاتصال مع المستفيد من الخدمة الصحية أو إنجـاز

---

[49] - **بشير العلاق و زميله ، مرجع سابق، 1999 ،ص262**

عملهم بشكل كفء[50]،فالأمر يتطلب إعادة النظر بالاستراتيجية وإدارة العمليات للإنذار المبكر و الرقابة على التنفيذ اتجاه أي فعل سالب قد يحصل في عملية تقديم الخدمة الصحية .

ث) وقد تتعهد المشفى بتقديم خدمة صحية ذات مستوى أو نوع معين وإذا بها تقدم شيء آخر وتعرف هذه الحالة بفجوة الوعود وتعد مسؤولة عن عدم رضا المستفيد من الخدمة الصحية .

4-5- العلاقة بين وجودة الخدمة المدركة ورضا المستفيد من الخدمة الصحية :

هناك غموض يحيط العلاقة بين جودة الخدمة المدركة ورضا المستفيد من الخدمة الصحية فعلى الرغم من وجود علاقة واضحة وأكيدة بين الرضا وجودة الخدمة إلا أن أغلب الكتاب والباحثين ما زالوا غير متفقين حول مصطلحي الرضا وجودة الخدمة فهم لا يقدمون رؤية واضحة ودقيقة حول طبيعة الترابط بين جودة الخدمة ورضا المستفيد وهناك عدة محاور يمكن من خلالها تفهم وإدراك تلك العلاقة وهي :

4-5-1- جودة الخدمة كموقف أو اتجاه شامل :

ميز بيتسون ما بين جودة الخدمة ورضا المستفيد حيث ذكر أن الجودة هي موقف يكونه المستفيد من الخدمة من خلال تقييمه لعرض الخدمة وأن هذا الموقف غالباً ما يكون مبين على سلسلة من خبرات مبنية سابقا وعليه فإن الجودة هي أقل ديناميكية قياساً إلى الرضا[51] أما الرضا فهو عبارة عن الناتج النهائي الذي يجريه المستفيد من الخدمة عن عملية تبادل معينة ومثال ذلك إذا وجد المستفيد من الخدمة الصحية أن عدد من المستشفيات الخاصة في المحافظة تقدم خدمات ذات جودة عالية جداً فإن تقييمه الشامل لجودة الخدمة التي تقدمها المشفى التي يتعامل معها سيكون مستندا إلى أساس ما تقدمه المستشفيات الأخرى من الخدمة[52] ، فالمستفيد من الخدمة الصحية يكون هنا مطلعا على جودة خدمات هذه المستشفيات ولن يقبل بخدمة صحية أقل مما تقدمة هذه المستشفيات وهذا يعني أن المستفيد من الخدمة الصحية يتوقع الحصول من المشفى التي يتعامل معها على خدمة صحية متساوية أو أفضل من تلك المقدمة من قبل المستشفيات الأخرى .

4-5-2- التوقعات والإدراكات :

ومن جانب آخر يرى البعض أن الاختلاف بين جودة الخدمة ورضا المستفيد يكمن في كيفية تعريف أو تحديد معنى التوقعات حيث يؤكد بعض الباحثين أنه عند قياس جودة الخدمة المدركة فإن مستوى المقارنة أي التوقع يصب في نطاق (ما الذي يجب على المستفيد توقعه) بينما عندما نقيس الرضا يكون مستوى المقارنة على أساس ما قد يتوقعه المستفيد من الخدمة فهذا يعني أن التوقع يكون على شكل تصور أو تنبؤ يستند على مظهر المشفى والخبرات السابقة مع مشاف أخرى[53] أما في الحالة الأولى أي ما الذي يجب على المستفيد توقعه فالتوقع هنا يستند ليس فقط على خبرات المستفيد من الخدمة وإنما يستند أيضاً على أفضل ما تقدم المشافي الأخرى ويؤكد بيري وزيثمل أن مفهوم رضا المستفيد يختلف عن مضمون جودة الخدمة فالرضا

---

50 - .ثامر بكري ، مرجع سابق، 2005 ، ص211

51 - بشير العلاق و زميله ، مرجع سابق، 1999 ،ص264

52 - .ثامر بكري ، مرجع سابق، 2005 ، ص251

53 - Lovelock & Wiatz , service marketing , 2007 , P424

ينتج عن المقارنة بين الخدمة المتوقعة والخدمة المدركة بينما جودة الخدمة تشير إلى المقارنة بين الخدمة المطلوبة والمرغوب فيها من قبل المستفيد والخدمة المدركة .

4-5-3- الرضا التراكمي للمستفيد من الخدمة :

قام أندرسون بالتمييز بين رضا المستفيد وجودة الخدمة المقدمة باستخدام مفهومين اثنين لرضا المستفيد من الخدمة هما :

-رضا المستفيد المستند على تبادل تجاري محدد .

-رضا المستفيد المستند على تبادل تراكمي : أي إجمالي خبرة شراء واستهلاك خدمة ما عبر فترة زمنية[54]

إن هذا المفهوم يعد مؤشرا مهما لتقييم أداء مقدم الخدمة في الماضي والحاضر والمستقبل إذا ما اعتبرنا أن الجودة تستند في تقييمها على حكم شامل لكل الخدمات التي يقدمها مقدم الخدمة .

4-5-4- رضا المستفيد وجودة الخدمة أيهما أولاً :

دائماً ما يثار الجدل حول من هو أولاً رضا المستفيد من الخدمة أم جودة الخدمة المقدمة .

يرى كرونن وتايلور أن رضا المستفيد يتصدر جودة الخدمة وأن نوايا الشراء لدى المستفيد من الخدمة ترتبط بشكل أوثق مع مستوى الرضا قياساً إلى إدراكات جودة الخدمة وعليه فإن إدارة المشفى مطالبة بأن تبذل جهودا أكبر وتصب اهتماما أكبر على عناصر الرضا الأخرى مثل السعر ومدى توفير الخدمة بالمقارنة مع الجودة العالية بمعنى أن لا تهتم بالجودة على حساب هذه العناصر الأخرى[55] .

وهنا نؤكد على أهمية الرضا وعلى أهمية العمل على زيادة رضا المستفيد من الخدمات الصحية باستخدام سياسات تسويقية مناسبة وملائمة للمشافي مع التأكيد على أن رضا المستفيد من الخدمة الصحية يعود في المقام الأول إلى جودة الخدمة الصحية دون إغفال العناصر الأخرى المؤثرة

<u>4-6- آلية تحقيق الرضا لطرفي الخدمة :</u>

لكي يتم تحقيق الرضا لدى المستفيد من الخدمة الصحية يجب أن تتوفر مبادئ أساسية للجودة وتكون القيمة الجوهرية للخدمة الصحية مدركة لدى المستفيد منها ومن أجل تحقيق ذلك يجب أن تتوافر لدى العاملين في المشفى قيم جوهرية لجودة الخدمة الصحية والتي تتمثل في :

أ: أن يكرس نفسه لخدمة المستفيد من الخدمة الصحية بشكل كامل فهو دائماً في المقدمة

إن عملية تقديم الخدمة الصحية يجب أن تعزز خصوصية وفردية المستفيد من الخدمة الصحية

ولكن عن طريق التخطيط الصحيح والجيد لعملية أداء الخدمة الصحية فالمقدرة على إدراك هذه الخصوصية والفردية تتجسد في القيمة الجوهرية المتمثلة في شعار خدمة المريض أولاً .

ب: أن يستبق تنفيذ رغبات المستفيد من الخدمة الصحية ويتلمس توقعاته :

خلال تأدية الخدمة الصحية يكون المتخصص مدرباً ومتمرساً في أداء عملية الخدمة الصحية ويمكنه من خلال الخبرة تعميم مشكلات الأفراد وسلوكياتهم وبالتالي يكون قادرا على تصنيف هذه المشكلات وتلك

---

[54] - **بشير العلاق و زميله ، مرجع سابق ، 1999 ،ص266**

[55] - **بشير العلاق و زميله ، مرجع سابق ، 1999 ،ص267**

السلوكيات وترتيبها في فئات مما يجعله قادرا بصورة كبيرة لمقابلة توقعات المستفيد من الخدمة وينبغي دائماً البحث عن أنسب الطرق لمقابلة توقعات المستفيدين من الخدمة والعناية الفائقة بها .

ت: أن يؤدي الخدمة الصحية بشكلها الصحيح من المرة الأولى :

لكي نفهم معنى تأدية الخدمة الصحية بشكلها الصحيح من المرة الأولى فيجب أن نتوقع ماذا قد يحدث عند عدم تقديم الخدمة بشكلها الصحيح من أول مرة[56] والمتوقع هنا هو تقديم خدمة صحية مصححة بشكل جيد في المرة الثانية وبشكل فوري لذلك يجب العمل على اختيار الموظفين الأكفاء والبحث دائماً عن الأسباب التي قد تؤدي إلى فشل الخدمة الصحية من أول مرة وذلك بهدف وضع المسار الصحيح لعملية أداء الخدمة الصحية .

ث: أن يسهم في خفض تكاليف الأعمال :

قد يشعر البعض أن مصطلح الجودة والكلفة متعارضان ولكن عندما يتحدد المستوى الصحيح والمطلوب للجودة فهذا يؤدي إلى تحديد مبدئي للموارد المطلوبة فالقيمة الرئيسية التي يجب أن نستخلصها هي الاستفادة المستمرة من كل جهد ممكن لتحديد وتقليل تكاليف فشل أداء الخدمة الصحية في مستوى عالي من الجودة فعندما تكون الجودة عند المستوى المطلوب والموارد المستخدمة عند الحد المتوقع فمنحنى تكلفة الأعمال يكون اتجاهه نحو الانخفاض .

ج: أن يدعم أداء زملاءه أثناء عملية تقديم الخدمة الصحية :

إن المشفى الناجح هو الذي يكون قادرا على جعل موظفيه يشعرون بأنهم ضمن فريق عمل واحد وأن لديهم دور مهم لأدائه وأنهم مقدرون كأفراد فاعلين وقادرين على أداء مهامهم بأكمل وجه وأنهم دائماً يجدون في الإدارة الدعم والدفع المطلوب لأداء العمل بالشكل الصحيح ويجدون التقدير على ذلك .

4-7- شروط تحقيق الجودة في الخدمة الصحية :

من أجل أن تتحقق جودة الخدمة الصحية ، على المشفى العمل على تطوير استراتيجية لجودة الخدمة الصحية تتضمن المفاهيم والأهداف التالية :

1- مقابلة احتياجات وتوقعات المستفيد من الخدمة الصحية

2- تأمين موظفين أكفاء يتصفون بمعنويات مرتفعة ومواقف إيجابية ومهارات نوعية عالية .

3- إيجاد بيئة عمل تسمح بتقديم خدمات صحية على مستوى عال من الفاعلية والكفاءة[57] .

ولكي تتحقق هذه الأهداف ضمن المشفى يجب على المشفى أن يتخذ إجراءات استراتيجية يعمل على تطبيقها بصورة كاملة ضمن المشفى وهذه الإجراءات هي :

1- تعميم ثقافة تحسين الجودة في المشفى وذلك من خلال إشراك جميع الموظفين في فعاليات الجودة والسعي نحو الحصول على التزام الإداريين والمتخصصين بتحسين الجودة على جميع مستوياتهم التنظيمية .

2- إنشاء نظم لتحسين الجودة وذلك لمتابعة ومراجعة مختلف مراحل عملية تقديم الخدمة الصحية .

---

[56] -.طلال الأحمدي ، مرجع سابق، 2002 ، ص58

[57] - Lovelock & Wiatz , service marketing , 2007 , P426

3- منح صلاحيات للموظفين لتسهيل فعالية عمل الفرق والتنسيق الفعال بين مختلف أقسام المشفى وتقوية روابط العمل بين الموظفين وتقدير المتميزين منهم إضافة إلى تدريبهم المستمر .

4- ضمان أن يكون مستوى الخدمات الصحية المقدمة مطابقا للمقاييس المرسومة من قبل إدارة المشفى والمستفيدين من الخدمة الصحية المقدمة .

4-8- معايير قياس الرضا من خلال جودة الخدمة الصحية :

لضمان جودة الخدمة الصحية المقدمة في المشفى فيجب على إدارة المشفى وضع مقاييس لجودة خدماتها وأطر لأعمال مراجعة الإجراءات المستخدمة في الأقسام الإدارية والفنية ومن أجل الحفاظ على رضا المستفيد من الخدمة وزيادتها ، فيجب العمل دائماً على التحسين المستمر لجودة الخدمة الصحية المستخدمة والتي يجب أن تراعي الأسس التالية أثناء تقديم الخدمة :

1) وضع مقاييس شاملة للجودة متفق عليها وتكون قابلة للقياس وتغطي مختلف جوانب عملية أداء الخدمة الصحية .

2) مراقبة العمل للتأكد من الالتزام بمقاييس الجودة الموضوعة .

3) مراجعة النتائج الإيجابية والسلبية لعملية أداء الخدمة الصحية من خلال إجراءات تتسم بالوضوح والكفاءة.

4) الاتصال بالمستفيدين من الخدمة الصحية وموظفي المشفى وتطوير طرق الاتصال فهذا يساعد على تحديد درجة رضاهم عن الخدمة الصحية المقدمة .

4-9- المؤشرات المساعدة لفهم مستوى الرضا عن أداء المشفى :

إن العوامل التي تؤثر في الرضا عن أداء المشفى والتي تكون مهمة في فهم مستوى الرضا لدى جميع الأطراف المتعاملة مع المشفى تتمثل في :

1- الروح السائدة في المشفى والعمل كفريق واحد ودفء العلاقات وروح الصداقة لدى الموظفين .
2- رسالة المستشفى وطريقة عرضها والأسلوب الإداري المتبع وطرق الاتصال .
3- الاستجابة لكل اقتراح ولكل شكوى والاستماع و الإصغاء إليها وطريقة التعامل معها .
4- الاستقبال وطريقة الرد عن استفسارات المستفيدين من الخدمة الصحية .
5- النظافة والترتيب ومستوى الضوضاء والخدمات الفندقية المقدمة .
6- الاهتمام بالمستفيد من الخدمة وتقديم المساعدة والمساندة له من خلال دفء العلاقات .

4-10- العمليات والإجراءات الواجب تنفيذها لتحقيق الرضا لدى المستفيد من الخدمة الصحية:

من أجل تحقيق وزيادة رضا المستفيد من الخدمة الصحية يجب على المشفى أن يحدد عمليات وإجراءات إدارية تساهم في تأدية الخدمة الصحية بشكلها الصحيح وبالتالي زيادة رضا المستفيد من الخدمة الصحية وهي:

4-10-1- إبلاغ الطبيب الممارس (العام) :

ينبغي تزويد الأطباء العامين بالمعلومات المتعلقة بمواعيد انتظار مرضى العيادات الخارجية والمرضى المقيمين وينبغي توافر آلية معينة تضمن مشاركة الطبيب العام في التقرير حول مدى ملاءمة البيانات المتعلقة

بالمريض ويجب تزويد الأطباء بنموذج إحالة مريض بحالة عاجلة متى كان ذلك ضروريا إلى خدمة تشخيصية أو علاجية[58] .

4-10-2- عملية إبلاغ المريض :

ينبغي إرسال إشعار فوري لكافة المرضى باستلام طبيبهم العام لتقرير الإحالة الخاص بكل منهم وينبغي على المشفى تحديد المدة المتوقعة لتقديم الخدمة الصحية إضافة إلى أخذ جميع البيانات من المريض ويجب أن تتأكد المشفى من نوعية المخاطبة التي يفضلها المريض في كل مرحلة من مراحل تقديم الخدمة الصحية .

4-10-3- تحديد موعد الزيارة :

ينبغي تحديد الوقت الأقصى لفترة الانتظار التي يمكن أن يخضع لها المريض حتى يتم تحويله ويجب أن يعطى المرضى الإحساس بأنه في إمكانهم تغيير المواعيد المحددة لهم ويجب عند تحديد موعد الزيارة مراعاة أيام العطل والأعياد والمناسبات الدينية والتي قد تؤثر على رغبة المريض ونفسيته ويجب أن تحتوي خطابات الإشعار على كافة الإرشادات بما فيها أرقام الهواتف .

4-10-4- الإرشادات الإضافية :

يجب أن تتضمن الإرشادات الإضافية على كيفية الوصول إلى المشفى والمواصلات العامة وخدمات الإسعاف ومواقف السيارات وما يجب على المريض إحضاره معه للمشفى وترتيبات وإجراءات الاستقبال وترتيبات وإجراءات التشخيصية ومن الذين يتوقع أن يقابلهم المريض ومواعيد الزيارة .

4-10-5- البيئة الداخلية للمشفى :

يجب توفر مساحات كافية لمواقف سيارات المرضى ويجب على العاملين أن يرتدوا إشارات تسهل التعرف عليهم ويجب أن تكون اللوحات مكتوبة بلغة مناسبة ويجب استخدام الرموز الإرشادية فيها كما يجب إعطاء المرضى إرشادات واضحة ويجب أن تكون تسهيلات مقاصف المرضى موضحة باللوحات الإرشادية وان تكون مفتوحة طوال ساعات العمل ويجب توفير هواتف عامة بالإضافة إلى الأعداد الكافية من دورات المياه ووسائل الترفيه[59] .

4-10-6- تخطيط الخدمة الصحية :

يجب على المشفى أن يقوم بتخطيط الخدمة الصحية المقدمة فيها حسب الاحتياجات الصحية للسكان ويمكن تحقيق ذلك بإجراء مايلي :

- إعداد خطط تسويقية للمشفى بهدف التعرف على الاحتياجات في كافة الاختصاصات .
- إعداد خطط للمشفى توضح الخدمات التي سيتم تقديمها .
- التأكد من أن جميع الخطط واضحة لجميع العاملين .
- العمل على تطوير البروتوكولات والأدلة الإرشادية وذلك بالتنسيق بين جميع الموظفين في المشفى .

---

[58] -.**طلال الأحمدي ، مرجع سابق ، 2002 ، ص196**

[59] - **طلال الأحمدي ، مرجع سابق ، 2002 ، ص170**

4-10-7- إدارة الخدمة الصحية :

من أجل تقديم خدمة تنال رضا المستفيد منها فيجب على المشفى العمل على إيجاد ترتيبات سليمة للإدارة ومراجعة الأداء بشكل يومي ووفق أسس واضحة ويمكن تحقيق ذلك من خلال:

- تحديد شخص واحد أو مجموعة تكون مسؤولة عن إدارة الخدمات المقدمة في المشفى وإعطائهم السلطات اللازمة لممارسة تلك المسؤوليات .

- المراقبة الدورية (الروتينية) لعملية أداء الخدمة الصحية وعلى المديرين التأكد من استخدام المزيج الأمثل للجودة والتكلفة .

- على المدراء التأكد من العاملين المساندين والوسائل الداعمة الأخرى ليتم استخدامها بفاعلية .

- الاستخدام الفعال لتقنيات المعلومات للتقليل من أعباء العمل الإداري .

- التقليل من أوقات انتظار المرضى من خلال اتخاذ الإجراءات المناسبة .

- إنشاء نظام فعال بسجلات المرضى وجعله متوفرا وجاهزا بأقل التكاليف .

4-11- المراجعة المستمرة لبنية وهيكل جودة الخدمة الصحية :

إن المشفى التي تسعى لتقديم خدمة صحية بجودة عالية وضمن تكلفة منخفضة نسبياً عليها أن تتأكد دائماً من سلامة هيكلها وأن تشعر بالثقة به[60] وذلك حتى تتم مراقبة جودة الخدمة من خلاله تفعليها دائماً أن تقوم بمراجعة الجوانب المختلفة لهيكلها التنظيمي على الأقل بشكل سنوي حيث أن الأفكار والأهداف تتطور وضغوط العمل والمتغيرات المحيطة بالمشفى تتغير ومتطلبات واحتياجات المستفيد من الخدمة الصحية قد تتبدل ومن الأمور التي يجب أن تضمنها عملية المراقبة والمتابعة للهيكل التنظيمي بهدف متابعة الجودة هي :

أ) قدرة الهيكل الإداري على دعم إدارة الجودة ومن دعم إدارة التسويق لإنجاح الإدارة السريرية وتطبيق نموذج الإدارة في الموقع وتطبيق السياسات التسويقية على أرض الواقع .

ب) تناغم و انسجام جميع أنشطة المجموعات الإدارية والتوجيهية داخل المشفى .

ت) نجاح تنظيم الموارد البشرية في مساعدة المديرية على تفويض الصلاحيات ودعم العاملين وتنمية قدراتهم ومهاراتهم لأداء الخدمة الصحية .

ث) وضع استراتيجية ملائمة لإدارة الموارد ومساعدة المجموعات الطبية والتمريضية ليكون لديهم معلومات مناسبة عن استعمال الموارد بالطرق الأمثل .

ج) التكامل بين الطرق والوسائل الطبية والمهنية وبين الطريقة العامة لإدارة المشفى ككل .

4-**12-عملية تقييم والتطوير المستمر لجودة الخدمة الصحية :**

من خلال عملية أداء الخدمة الصحية وتقديمها للمستفيد منها على إدارة المشفى أن تكون دائماً قريبة ومطلعة على جميع تفاصيل عملية الأداء[61] وذلك من خلال الأفراد والمجموعات المسؤولة عن ذلك من أجل أن تحصل إدارة المشفى على تقييم مستمر لجودة الخدمة وتكون لديها إمكانية تطوير عملية أداء الخدمة الصحية

Kotler & killer , marketing management , 2006 , P704 - [60]

Kotler & killer , marketing management , 2006 , P414- [61]

كلما كان ذلك ممكنا وكلما كانت الحاجة تتطلب ذلك مما يسمح بإنتاج خدمة صحية ذات جودة عالية والتي تتحسن باستمرار مما يجعل المستفيد منها دائماً في حالة من الرضا من خلال تلمس وإدراك حاجاته وتوقعاته من الخدمة الصحية المقدمة إليه ولكي يكون ذلك ممكنا ينبغي الاهتمام بالعناصر التالية :

أ) التركيز على المستفيد من الخدمة الصحية (تبادل الآراء والأفكار معه بشكل كامل ومستمر) .

ب) تحسين عملية تقديم الخدمة الصحية (وضع المقاييس – المتابعة والمراقبة المستمرة للعمل – اتخاذ إجراءات تصحيحية – إنشاء خرائط لتدفق النشاطات أي مسارات العمل) .

ت) منح صلاحيات للموظفين (تقدير الموظفين – تقييم أدائهم وتدريبهم – التركيز على لطافة وكياسة الموظفين – تحسين شروط وبيئة العمل وتوفير الراحة والمتعة له)[62]

إن هذه العناصر الثلاث تمثل البناء الأساسي لعملية أداء الخدمة الصحية داخل المشفى لذلك فإنها تتطلب عناية واهتماما وتدخلا مستمرا من قبل إدارة المشفى لحل المشكلات وتصحيح الأخطاء من أجل بلوغ مستويات عالية من جودة الخدمة مما يؤدي إلى زيادة رضا المستفيد من الخدمة الصحية . وتحقيق فوائد عديدة أخرى منها[63] :

- تقديم خدمة جيدة والسعي نحو الأفضل .
- سرور وابتهاج المستفيد من الخدمة الصحية بالخدمات المقدمة له .
- وجود موظفين يعملون بشكل جيد عبر الأقسام المختلفة للمشفى .
- تقليل تكاليف التشغيل وتحقيق رضا الموظفين .

يرى الباحث من أهم المرتكزات الأساسية لتحقيق رضا المستفيد من الخدمة التركيز على ثلاث جوانب الجانب الأول يتمثل بجودة الخدمة الصحية المقدمة والتي دائماً يجب إن تلامس توقعات المستفيد من الخدمة الصحية وترتبط جودة المنتج الصحي بثلاث عناصر(الأجهزة والمعدات-مقدمي الخدمة-مكان تقديم الخدمة) والجانب الثاني يتمثل بمقدمي الخدمة من حيث خبرتهم وأسلوب تعاملهم وطريقة تقديمهم للخدمة الصحية. والجانب الثالث يتمثل بالترويج والإعلان عن الخدمة الصحية وذلك من خلال طرق وأساليب لا تتعارض مع أخلاقيات المهنة ولا تمس بالجوانب الإنسانية والنفسية للمستفيد من الخدمة الصحية والتركيز دائماً على المستفيد من الخدمة الصحية بكونه أهم وسيلة ترويجية يجب أن تستخدمها وتعتمدها إدارة المشفى.

---

[62] -.**طلال الأحمدي ، مرجع سابق، 2002 ، ص50**

[63] - Lovelock & Wiatz , service marketing , 2007 , P427

القسم العملي

الفصل الرابع
الدراسة الميدانية

المبحث الأول: التحضير للدراسة الميدانية وتصميم الاستبيان

المبحث الثاني: تحليل الاستبيان وعرض النتائج

المبحث الثالث: اختبار فرضيات البحث

المبحث الرابع: نتائج و توصيات

المبحث الأول

التحضير للدراسة الميدانية وتصميم الاستبيان

يتناول هذا المبحث إلقاء الضوء على مجتمع الدراسة و عينة الدراسة و تصميم الاستبيان إضافة إلى إجراءات الدراسة كما يلي:

1. مجتمع الدراسة :

يتكون مجتمع الدراسة من مجموعة المستشفيات الخاصة في الجمهورية العربية السورية ، و المستفيدين من الخدمة الصحية المقدمة فيهما .

2. عينة الدراسة :

نظراً لكبر حجم المجتمع المدروس وما يترتب على ذلك من صعوبة إجراء المسح الشامل، والتكاليف والجهد الكبيرين اللذين يتطلبهما ذلك، لذلك فقد تم اللجوء إلى أسلوب العينة .

وقد تم اختيار عينتين عشوائيتين تتكون العينة الأولى من مقدمي الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة في دمشق و ديرالزور ،وكان عددها 15 مشفى في محافظة دمشق و9 مشافي في محافظة دير الزور، يبلغ حجمها (600) و تظم مفردات العينة (أطباء ، إداريين ، ممرضين ، فنيين).

و أما العينة الثانية فهي عينة عشوائية بسيطة من المستفيدين من الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة في دمشق و ديرالزور ، ويبلغ حجمها (300) مفردة .

ويمكن القول بأن اختيار عينة الدراسة السابقة يعود للاعتبارات التالية:

بالنسبة لاختيار مكان الدراسة (محافظة دمشق ، محافظة دير الزور)، فقد كان هذا الاختيار نظراً لكون محافظة دمشق تضم المراكز الصحية المهمة في سورية، وتحوي على مستشفيات خاصة تحتوي كافة الاختصاصات بجميع الأحجام الاستيعابية و تسعى دائماً لتطوير نفسها لتبقى رائدة في سورية في مجال تقديم الخدمة الصحية، و تم اختيار محافظة دير الزور نظراً لوجود توجه ملحوظ و متزايد لتطوير المستشفيات الخاصة العاملة فيها، و تطوير الخدمة الصحية المقدمة، و نظراً لافتتاح عدة مستشفيات جديدة في الثلاث سنوات الأخيرة، إضافة إلى وجود الشركات الأجنبية (شركات النفط) و التي تطلب خدمة صحية وفق معايير دولية ومعايير خاصة بهذه الشركات تضعها بنفسها .

3. تصميم الاستبيان:

بغية تحقيق أهداف الدارسة واختبار فرضياتها فقد تم الحصول على المعلومات باستخدام استبيانين تم تصميمهما لخدمة أهداف الدراسة:

الاستبيان الأول كان موجهاً للمستفيدين من الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة (المرضى، مرافقين المرضى) ، أما الاستبيان الثاني فقد كان موجهاً لمقدمي الخدمة الصحية (الأطباء،

الممرضين، الإداريين، مساعد طبيب، فنيين)، في المستشفيات الخاصة في كل من محافظة دمشق و محافظة دير الزور ، ويضم كلا الاستبيانين مجموعة من الأسئلة كمايلي:

أ- **الاستمارة الأولى**: وهي معدة وموجهة إلى المستفيدين من الخدمة الصحية(المرضى، مرافقين المرضى) وهي تتكون من مجموعتين **كالتالي**:

المجموعة الأولى: تتضمن مجموعة من البيانات العامة و الشخصية لأفراد عينة الدراسة (المستفيدين من الخدمة الصحية) من حيث (الجنس، الوظيفة، العمر، الحالة التعليمية، مستوى الدخل).

المجموعة الثانية:تضمن سبعة محاور هي:

- § **المحور الأول**: يتضمن مجموعة من الأسئلة المتعلقة بسياسة تطوير جودة الخدمة الصحية.
- § **المحور الثاني**: تضمن مجموعة من الأسئلة المتعلقة بسياسة التسعير.
- § **المحور الثالث**: تضمن مجموعة من الأسئلة المتعلقة بساسة الاعلان والترويج.
- § **المحور الرابع**: تضمن مجموعة من الأسئلة المتعلقة بسياسة التوزيع.
- § **المحور الخامس**: تضمن مجموعة من الأسئلة المتعلقة بسياسة التدريب و التحفيز .
- § **المحور السادس**: تضمن مجموعة من الأسئلة المتعلقة بسياسة الدليل المادي للمستشفى.
- § **المحور السابع**: تضمن مجموعة من الأسئلة المتعلقة بسياسة عملية تقديم الخدمة.

المجموعة الثالثة: تتضمن مجموعة من الأسئلة المتعلقة بمقياس الرضا

ب- **الاستمارة الثانية**: وهي معدة وموجهة إلى مقدمي الخدمة الصحية (أطباء ، ممرضين ، إداريين ، مساعد طبيب ، فيين) وهي تتكون من مجموعتين كالتالي :

المجموعة الأولى: تتضمن مجموعة من البيانات العامة و الشخصية لأفراد عينة الدراسة (مقدمي الخدمة الصحية) من حيث (الجنس، المهنة، الخبرة ، الحالة التعليمية ، مدة العمل) .

المجموعة الثانية:تتضمن سبعة محاور هي:

- § **المحور الأول**: يتضمن مجموعة من الأسئلة المتعلقة بسياسة تطوير جودة الخدمة الصحية.
- § **المحور الثاني**: تضمن مجموعة من الأسئلة المتعلقة بسياسة التسعير.
- § **المحور الثالث**: تضمن مجموعة من الأسئلة المتعلقة بساسة الاعلان والترويج.
- § **المحور الرابع**: تضمن مجموعة من الأسئلة المتعلقة بسياسة التوزيع.
- § **المحور الخامس**: تضمن مجموعة من الأسئلة المتعلقة بسياسة التدريب و التحفيز .
- § **المحور السادس**: تضمن مجموعة من الأسئلة المتعلقة بسياسة الدليل المادي للمستشفى.
- § **المحور السابع**: تضمن مجموعة من الأسئلة المتعلقة بسياسة عملية تقديم الخدمة.

المجموعة الثالثة: تتضمن مجموعة من الأسئلة المتعلقة بمقياس الرضا.

وضعت الأسئلة في كلا الاستمارتين لخدمة أغراض البحث وأهدافه واختبار فرضياته، فكانت الأسئلة تتعلق بشكل أساسي في استخدام المستشفيات الخاصة للسياسات التسويقية من خلال بعض الاجراءات التي تم إيرادها ضمن أسئلة الاستبيان، و دور هذه الاجراءات التي تستخدمها المستشفيات الخاصة في زيادة رضا المستفيدين من الخدمة الصحية، و زيادة رضا مقدمي الخدمة الصحية. حيث كانت الاستمارة الثانية موجهة إلى مقدمي الخدمة الصحية لمعرفة آرائهم بالدور الذي يقومون به لتأدية الخدمة الصحية، و دور المستشفى التي يعملون بها في تحديد الاجراءات و استخدام السياسات التسويقية لتأدية الخدمة الصحية بالشكل الأنسب الذي يؤدي إلى تطويرها، وتحسين جودتها و بالتالي زيادة رضا المستفيدين من الخدمة الصحية . أما الاستمارة الأولى فقد كانت موجهة إلى المستفيدين من الخدمة الصحية بهدف معرفة آرائهم بالخدمة المقدمة لهم، و الاجراءات العملية المتبعة و مدى تعاون جميع العاملين في المستشفى معهم لتقديم الخدمة الصحية لهم، و مدى رضاهم عن تلك الاجراءات و الخدمة الصحية المقدمة لهم.

وبالنسبة للإجابات على أسئلة كلا الاستبيان في أغلب محاورهما والمتعلقة مباشرة بفرضيات البحث فقد تم تصميمها وفق مقياس واحد وهومقياس ليكرت الخماسي (ذو الدرجات الخمس)، وهي كما يلي يوضحها الجدول (1):

جدول(1) مقياس ليكرت الخماسي

الإجابة(درجة الموافقة)	عالية جداً	عالية	متوسطة	منخفضة	معدومة
التثقيل	5	4	3	2	1

وبعد الانتهاء من تصميم الاستبيان تم عرضه على بعض الأشخاص ذوي الاختصاص من قسمي إدارة الأعمال والإحصاء للتأكد من صلاحيته، وتم إجراء التعديلات التي كانوا يرونها مناسبة لإظهار الاستبيان بشكله الأفضل والأمثل، وبعدها تم توزيع الاستمارات وجمعها وتفريغها للحصول على البيانات الضرورية ومن ثم تحليلها، وقد تم تحليل أسئلة الاستبيان من خلال المعالجة الآلية للبيانات و قد تمت الاستعانة ببرنامج Spss Ver.11.5 ، وبرنامج Excel و من أهم الأدوات والأساليب الإحصائية المستخدمة،التكرارات والنسب المئوية واختبار الفروق بين المتوسطات، و اختبار(Z) .

4. إجراءات الدراسة :

شملت الاستمارة الثانية المخصصة لمقدمي الخدمة الصحية /600/ مفردة من مقدمي الخدمة الصحية في عدد من المستشفيات الخاصة في محافظة دمشق وشملت /375/ استمارة وتم استعادة /364/استمارة، و محافظة دير الزور/225/ استمارة و تم استعادة /211/ استمارة، وبلغ مجموعها /575/ استمارة، تم استبعاد /11/ منها لأسباب متباينة تتعلق بالطبيعة الخاصة لمضمون الاستمارة

ونقض الإجابات في بعضها الآخر، وبالتالي كان عدد الإستمارات المقبولة \564\ استمارة، صالحة للتحليل بنسبة/94%/ وهذه النسبة جيدة جداً من أجل القبول بصحة النتائج .

أما بالنسبة للاستمارة الأولى المخصصة للمستفيدين من الخدمة الصحية فقد شملت /300/ مستفيد من الخدمة الصحية ،في عدد من المستشفيات الخاصة في محافظة دمشق وشملت /150/ استمارة تم استعادة/141/ استمارة ، ومحافظة دير الزور وشملت/150/ استمارة وتم استعادة /137/استمارة، و مجموعها بلغ /278/ استمارة ، و استبعد /7/ منها لأسباب متباينة تتعلق بالطبيعة الخاصة لمضمون الاستمارة ونقض الإجابات في بعضها الآخر، وبالتالي كان عدد الإستمارات المقبولة \271\ استمارة، وكانت نسبة الاستمارات المقبولة والصالحة للتحليل /90.3%/ و هذه النسبة جيدة جداً، ويبين الجدول(2) عدد الاستمارات الموزعة والمستردة:

جدول(2) الاستبيانات الموزعة والمستردة

الاستمارة	الاستمارات الموزعة	الاستمارات المستردة	الاستمارات المستبعدة	الصالحة للتحليل	نسبة الصالحة للتحليل
الأولى(مقدمي الخدمة)	600	575	11	564	%94
الثانية(المستفيدين من الخدمة)	300	278	7	271	%90.3

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

5. المقاييس والأساليب الإحصائية المستخدمة:

تم استخدام المقاييس الإحصائية التالية:

أ- التكرارات والنسب المئوية:

حيث تم استخراج تكرارات إجابات أفراد عينة الدراسة على أسئلة الاستبيان والنسب المئوية لهذه الإجابات.

ب- الوسط الحسابي:

تم اختيار الوسط الحسابي كأحد مقاييس النزعة المركزية، باعتباره من أهم مقاييس النزعة المركزية المستخدمة في التعبير عن البيانات وأكثرها شيوعاً واستخداماً.

ت- الانحراف المعياري:

تم اختيار الانحراف المعياري كأحد مقاييس التشتت، لمعرفة مدى ابتعاد قيم البيانات عن وسطها الحسابي، ومدى تشتتها عنه، ويعتبر مقياس الانحراف المعياري من أهم مقاييس التشتت التي يمكن الاستفادة منها في هذا المجال.

ث- تحليل التباين ذو البعد الواحد:

تم اختيار التباين كأحد المقاييس الإحصائية لدراسة الدلالة الإحصائية للفروق بين المتوسطات الحسابية لأكثر من مجموعتين من المتغيرات ، وذلك لمعرفة مدى الفرق و التباين بين

مجموعتي العينة كونها وزعت على مجموعتين إحداهما في دمشق و الأخرى في ديرالزور و ظهرت نتيجة اختبار التباين كالتالي :

1) المستفيدين من الخدمة الصحية:

يشير الجدول (3) إلى نتائج تحليل التباين:

جدول (3)تحليل التباين (ANOVA) لاختبار الفرو قات للمستفيدين من الخدمة

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
X1	Between Groups	1.219	1	1.219	1.288	.258
	Within Groups	254.629	269	.947		
	Total	255.848	270			
X2	Between Groups	1.778	1	1.778	1.552	.214
	Within Groups	308.048	269	1.145		
	Total	309.826	270			
X3	Between Groups	2.026	1	2.026	1.949	.164
	Within Groups	279.588	269	1.039		
	Total	281.614	270			
X4	Between Groups	2.042	1	2.042	1.895	.170
	Within Groups	289.900	269	1.078		
	Total	291.942	270			
X5	Between Groups	1.988	1	1.988	1.840	.176
	Within Groups	290.629	269	1.080		
	Total	292.617	270			
X6	Between Groups	2.145	1	2.145	1.722	.190
	Within Groups	334.962	269	1.245		
	Total	337.107	270			
X7	Between Groups	1.957	1	1.957	1.460	.228
	Within Groups	360.473	269	1.340		
	Total	362.430	270			
Y	Between Groups	.251	1	.251	.313	.576
	Within Groups	216.347	269	.804		
	Total	216.598	270			

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

تشير (x1,x2,…..) إلى المحاور السبعة و y إلى المجموعة الثالثة رضا العملاء)

تم إجراء تحليل التباين ANOVA وذلك لتحديد مدى وجود اختلاف في إجابات أفراد العينة، ومن الجدول (3) يلاحظ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين العينتين نظراً لكون قيمة sig أكبر من 0.05 في جميع المحاور.

يشير تحليل التباين إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة المستفيدين من الخدمة في دمشق و عينة المستفيدين من الخدمة في ديرالزور ، لذلك سوف نتعامل مع العينتين كعينة واحدة بالنسبة للاختبارات الإحصائية اللاحقة

2) مقدمي الخدمة الصحية:

يشير الجدول (4) إلى نتائج تحليل التباين:

جدول (4) تحليل التباين (ANOVA) لاختبار الفروقات لمقدمي الخدمة

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
X1	Between Groups	.157	1	.157	.263	.608
	Within Groups	334.399	562	.595		
	Total	334.556	563			
X2	Between Groups	.264	1	.264	.197	.658
	Within Groups	754.442	562	1.342		
	Total	754.705	563			
X3	Between Groups	.192	1	.192	.198	.657
	Within Groups	544.356	562	.969		
	Total	544.548	563			
X4	Between Groups	.314	1	.314	.223	.637
	Within Groups	791.131	562	1.408		
	Total	791.445	563			
X5	Between Groups	.290	1	.290	.267	.606
	Within Groups	611.671	562	1.088		
	Total	611.961	563			
X6	Between Groups	.264	1	.264	.213	.644
	Within Groups	695.375	562	1.237		
	Total	695.639	563			
X7	Between Groups	.293	1	.293	.234	.629
	Within Groups	704.184	562	1.253		
	Total	704.477	563			
Y	Between Groups	.007	1	.007	.019	.889
	Within Groups	93.669	562	.341		
	Total	93.676	276			

*** المصدر : إعداد الباحث بالإضافة إلى نتائج التحليل الإحصائي**

تشير (x1,x2,.....) إلى المحاور السبعة و y إلى المجموعة الثالثة رضا العملاء)

من الجدول (4) يلاحظ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين العينتين نظراً قيمة sig أكبر من 0.05 في جميع المحاور.

يشير تحليل التباين إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة مقدمي الخدمة في دمشق و عينة مقدمي الخدمة في ديرالزور ، لذلك سوف نتعامل مع العينتين كعينة واحدة بالنسبة للاختبارات الإحصائية اللاحقة .

ج- اختبار الثبات:

ويدل هذا المقياس على مدى ثبات الأداة المستخدمة في قياس المتغيرات الدراسة و يكون هذا المقياس مقبولاً إذا كانت قيمة ألفا كرونباخ مساوية أو أكبر من **60%** ، و بالاطلاع على نتائج الاختبار الإحصائي تبين أن البيانات التي تم الحصول عليها مناسبة لقياس المتغيرات .

1) المستفيدين من الخدمة الصحية:

فقد بلغ معامل الثبات الكلي للمتغيرات المستقلة الفرعية/0.861/ لعدد فقرات /33/ و لعينة حجمها/271/ استمارة ، كما بلغ معامل الثبات لمقياس رضا العملاء /0.801/ لعدد فقرات/6/ ولعينة حجمها /271/ استمارة ، و بالتالي تتمتع إجابات المبحوثين بدرجة اعتمادية عالية ، وقد تراوحت معاملات الثبات لعوامل الدراسة السبعة بين كل من /0.840 – 0.791/ ، كما بلغ معامل الثبات الكلي لمتغيرات الدراسة /0.861/ لعدد فقرات /33/ و لعينة حجمها /271/استمارة ، كما تراوحت معاملات الثبات لمقياس رضا العملاء /0.801/ لعدد فقرات /7/ ولعينة حجمها /271/ استمارة .

و الجدول رقم (5) يوضح معاملات الثبات لمقياس محاور سياسات التسويق و مقياس رضا المستفيدين من الخدمة، و ذلك على النحو التالي :

الجدول رقم (5) معاملات الثبات ألفا كرونباخ لمتغيرات الدراسة

رقم المحور	اسم المحور	عدد الفقرات	معامل الثبات ألفا كرونباخ
1	سياسة تطوير جودة الخدمة الصحية	5	0.821
2	سياسة التسعير	5	0.832
3	سياسة الإعلان و الترويج	5	0.817
4	سياسة التوزيع	4	0.719
5	سياسة التدريب و التحفيز	4	0.834
6	سياسة الدليل المادي للمستشفى	4	0.840
7	سياسة عملية تقديم الخدمة	6	0.821
معامل الثبات الكلي للمتغيرات المستقلة الفرعية		33	0.861
مقياس رضا العملاء (المتغير التابع)		7	0.801
معامل الثبات الكلي للمتغير التابع		7	0.801

*** المصدر : إعداد الباحث بالإضافة إلى نتائج التحليل الإحصائي**

يتضح من الجدول رقم (5) أن جميع معاملات الثبات موجبة و دالة إحصائيا عند مستوى /0.05/ ، وأن قيمها اختلفت من محور لأخر ، حيث بلغت معاملات ثبات ألفا كرونباخ للمحور السادس /0.840/ و يليه المحور الخامس /0.834/ ثم المحور الثاني /0.832/ يليه المحور الأول و السابع /0.821/ و يليها المحور الثالث /0.817/ و أخيراً المحور الرابع

/0.719/ ، وقد بلغت معاملات الثبات الكلية ألفا كرونباخ للمحاور المستخدمة في هذه الدراسة/0.861/ . مما يدل على قوة الاتساق الداخلي للمقياس.

كما يتضح من الجدول رقم (5) أن معاملات الثبات لمقياس رضا المستفيدين من الخدمة موجبة، عند مستوى /0.05/، وأن قيمة معامل الثبات لمقياس رضا المستفيدين من الخدمة مرتفعة حيث بلغت /0.801/، مما يدل على قوة الاتساق الداخلي لهذا المقياس.

2) مقدمي الخدمة الصحية:

فقد بلغ معامل الثبات الكلي للمتغيرات المستقلة الفرعية/0.866/ لعدد فقرات /37/ و لعينة حجمها/564/ استمارة ، كما بلغ معامل الثبات لمقياس رضا العملاء /0.826/ لعدد فقرات/6/ ولعينة حجمها /564/ استمارة ، و قيمة ألفا للمقياسين عاليتان و تدلان على أن إجابات المبحوثين تتمتع بدرجة اعتمادية عالية ، وقد تراوحت معاملات الثبات لعوامل الدراسة السبعة بين كل من /0.853 – 0.796/ ، كما بلغ معامل الثبات الكلي لمتغيرات الدراسة /0.866/ لعدد فقرات /37/ و لعينة حجمها /564/استمارة ، كما تراوحت معاملات الثبات لمقياس رضا العملاء /0.826/ لعدد فقرات /7/ ولعينة حجمها /564/ استمارة .

و الجدول رقم (6) يوضح معاملات الثبات لمقياس محاور سياسات التسويق و مقياس رضا المستفيدين من الخدمة، و ذلك على النحو التالي :

الجدول رقم (6) معاملات الثبات ألفا كرونباخ لمتغيرات الدراسة

رقم المحور	اسم المحور	عدد الفقرات	معامل الثبات ألفا كرونباخ
1	سياسة تطوير جودة الخدمة الصحية	5	0.796
2	سياسة التسعير	5	0.822
3	سياسة الإعلان و الترويج	5	0.798
4	سياسة التوزيع	6	0.841
5	سياسة التدريب و التحفيز	5	0.853
6	سياسة الدليل المادي للمستشفى	5	0.801
7	سياسة عملية تقديم الخدمة	6	0.830
معامل الثبات الكلي للمتغيرات المستقلة الفرعية		37	0.866
مقياس رضا العملاء (المتغير التابع)		7	0.826
معامل الثبات الكلي للمتغير التابع		7	0.826

* المصدر : إعداد الباحث بالإضافة إلى نتائج التحليل الإحصائي

يتضح من الجدول رقم (6) أن جميع معاملات الثبات موجبة، وأن قيمها اختلفت من محور لأخر ، حيث بلغت معاملات ثبات ألفا كرونباخ للمحور الخامس /0.853/ و يليه المحور الرابع /0.841/ ثم المحور السابع /0.830/ يليه المحور الثاني /0.822/ و يليها المحور السادس /0.801/ و يليه المحور الثالث /0.798/و أخيراً المحور الأول /0.796/ ، وقد بلغت معاملات الثبات الكلية ألفا كرونباخ للمحاور المستخدمة في هذه الدراسة/0.866/ . مما يدل على قوة الاتساق الداخلي للمقياس .

كما يتضح من الجدول رقم (6) أن معاملات الثبات لمقياس رضا المستفيدين من الخدمة موجبة، وأن قيمة معامل الثبات لمقياس رضا المستفيدين من الخدمة مرتفعة حيث بلغت /0.826/، مما يدل على قوة الاتساق الداخلي لهذا المقياس.

ح- اختبار الفروق بين المتوسطات (T test):

تم الاستناد إلى هذا الاختبار بغية مقارنة المتوسطات المحسوبة لأسئلة الاستبيان مع المتوسطات الافتراضية (وهذه المتوسطات الافتراضية هي 1.5 في المقياس الثنائي، و3 في المقياس الخماسي) وكون الباحث اعتمد المقياس الخماسي فيكون المتوسط الافتراضي هو 3.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن قيم البيانات تتبع توزيع ستيودنت (T) إذا كانت العينة أقل من 30 مفردة، وتتبع التوزيع الطبيعي (Z) إذا كانت العينة أكبر من 30 مفردة ، وكون العينة أكبر من 30 مفردة فإن الباحث سوف يعتمد التوزيع الطبيعي (Z).

وتعطى إحصائية الاختبار وفق العلاقة التالية:

اتبع الباحث أسلوب اختبار Z (القيمة الحرجة لإحصائية الاختبار) للتحقق من صحة الفرضيات أو عدمه، وذلك عند مستوى معنوية 0.05 ، وهذا الاختبار يعطى بالعلاقة[1]:

$$z,t = \left(\frac{\bar{x} - m}{s \ / \sqrt{n}} \right)$$

حيث أن: $\bar{x}$ المتوسط العام.

m المتوسط الافتراضي وهو هنا يساوي3.

s الانحراف العام.

n عدد أفراد العينة.

خ- تحليل الانحدار المتعدد:

استخدام اسلوب تحليل الانحدار المتعدد كأحد الأساليب الإحصائية ، و ذلك لمعرفة تأثير أبعاد السياسات التسويقية بمحاورها السبعة كمتغيرات مستقلة في رضا المستفيد من الخدمة الصحية كمتغير تابع ، وذلك بهدف اختبار فرضيات البحث .

6. نتائج تحليل الاستبيان فيما يتعلق بالخصائص الشخصية لأفراد العينة المدروسة

<u>6- 1- الجنس:</u>

دلت نتائج التحليل بالنسبة للاستمارة الثانية (مقدمي الخدمة الصحية) على أن نسبة الذكور كانت أكبر من نسبة الإناث، وذلك يدل أن الذكور العاملين في المستشفيات الخاصة هي أكبر من نسبة

---

[1] محمد كبية، ماهر بدوي، الإحصاء التطبيقي، مديرية الكتب والمطبوعات الجامعية،منشورات جامعة حلب،2003.

الإناث العاملات فيها، أما بالنسبة للاستمارة الأولى (المستفيدين من الخدمة الصحية) فكانت نسبة الذكور أيضاً أكبر منها لدى الإناث.

وقد كانت النتائج كما هو موضح في الجدول (7):

جدول رقم (7) توزيع الذكور والإناث حسب الجنس عند العمال وأصحاب العمل

الجنس		ذكر	أنثى	الإجمالي
مقدمي الخدمة الصحية	التكرار	333	231	564
	النسبة المئوية%	59.04	40.95	100.0
المستفيدين من الخدمة الصحية	التكرار	156	115	271
	النسبة المئوية%	57.56	42.44	100.0

*** المصدر : إعداد الباحث بالإضافة إلى نتائج التحليل الإحصائي**

يلاحظ من النتائج الموضحة في الجدول السابق بشكل عام أن نسبة الذكور تفوق نسبة الإناث بالنسبة لكل من مقدمي الخدمة الصحية و المستفيدين من الخدمة الصحية، حيث كانت نسبة الذكور من مقدمي الخدمة الصحية 59.04%مقابل 40.95% من الإناث، وبالنسبة للمستفيدين من الخدمة الصحية بلغت نسبة الذكور 57.56%، مقابل 42.44% للإناث.

2- العمر:

لدى تحليل البيانات الشخصية والديمغرافية لأفراد عينة الدراسة، كانت النتائج المتعلقة بالفئات العمرية يوضحها الجدول(8) كما يلي:

جدول رقم (8) توزيع أفراد العينة (المستفيدين من الخدمة الصحية) حسب الفئة العمرية

الفئة العمرية	التكرارات	النسبة المئوية%
من 15 إلى 25سنة	45	16.61
من 25الى 35 سنة	51	18.82
من 35الى 45 سنة	57	21.03
من 45الى 55سنة	83	30.63
أكثر من 55 سنة	35	12.92
الإجمالي	271	100.0

*** المصدر : إعداد الباحث بالإضافة إلى نتائج التحليل الإحصائي**

يتبين من الجدول السابق المتعلق بالفئات العمرية لأفراد عينة الدراسة، أن النسبة الأغلب من أفراد العينة المدروسة بلغت 30.63% وهي تقابل فئة المستفيدين من الخدمة الصحية الذين تتراوح أعمارهم مابين 45-55 سنة، وهي فئة متوسط العمر الأقرب إلى الشيخوخة و هي التي تكون أكثر تعرض للأمراض ،أما باقي الفئات فهي كانت متقاربة من ناحية الاستفادة من الخدمة الصحية

3- الخبرة:

لدى تحليل البيانات الشخصية والديمغرافية لأفراد عينة الدراسة، كانت النتائج المتعلقة بالخبرة التي يمتلكها أفراد العينة (مقدمي الخدمة الصحية) يوضحها الجدول (9) كما يلي:

جدول رقم (9) توزيع أفراد العينة (مقدمي الخدمة الصحية) حسب الخبرة

الخبرة	التكرارات	النسبة المئوية%
أقل من 5 سنوات	150	26.59
5وأقل من 10 سنوات	71	12.58
10 وأقل من 15 سنة	112	19.85
15 وأقل من 20 سنة	96	17.02
20 سنة و أكثر	135	23.93
الإجمالي	564	100.0

*** المصدر : إعداد الباحث بالإضافة إلى نتائج التحليل الإحصائي**

من ناحية الخبرة – كما هو موضح في الجدول السابق- فقد أظهر التحليل الإحصائي الأمور التالية:

1- أغلب مقدمي الخدمة الصحية كانوا بخبرة أقل من 5 سنوات وهي خبرة غير كافية في مجال الخدمة الصحية موضوع الدراسة، وكانت نسبتهم 26.59% وهي أعلى نسبة.

2- هناك شريحة كبيرة من مقدمي الخدمة الصحية تتمتع بخبرة عالية جداً من فئة 20سنة وأكثر وهي خبرة جيدة جداً و كافية لتأدية الخدمة الصحية ونسبة هذه الشريحة هي 23.93% من أفراد العينة.

3- أما مقدمي الخدمة الصحية الذين لديهم خبرة 5 وأقل من 10 سنوات، فقد بين التحليل الإحصائي أن نسبتهم كانت منخفضة وهي 12.58%و هذه الفئة هي نواة لكوادر صحية قابلة للتطوير و تحقيق قفزات في مجال تقديم الخدمة الصحية.

4- أما مقدمي الخدمة الصحية الذين يتمتعون بخبرة 10 وأقل من 15 سنة فقد كانت نسبتهم متوسطة و هي 19.85% وهم يتمتعون بخبرة جيدة و قابلة للتطوير.

5- أما مقدمي الخدمة الصحية الذين يتمتعون بخبرة 15 وأقل من 20 سنة فكانت نسبتهم أيضاً متوسطة و هي 17.02% وهم يتمتعون بخبرة جيدة جداً ويعتبرون ركيزة بالنسبة للعمل الصحي مع شريحة مقدمي الخدمة من الذين يتمتعون بخبرة أكثر من 20 سنة و الذين يعتبرون من كبار السن.

4- توزع افراد العينة من حيث الوظيفة:

لدى تحليل البيانات الشخصية والديمغرافية لأفراد عينة الدراسة، كانت النتائج المتعلقة بتوزيع مقدمي الخدمة الصحية من حيث الوظيفة، فقد كانت النتائج موضحة بالجدول (10) كما يلي:

جدول رقم (10) توزيع أفراد العينة (مقدمي الخدمة الصحية) حسب الوظيفة

النسبة المئوية%	التكرارات	نوع الوظيفة
34.57	195	**طبيب**
16.66	94	**ممرض**
16.84	95	**إداري**
16.13	91	**مساعد طبيب**
15.78	89	**فني**
100.0	564	**الإجمالي**

*** المصدر : إعداد الباحث بالإضافة إلى نتائج التحليل الإحصائي**

أما من ناحية توزيع مقدمي الخدمة الصحية حسب الوظيفة في المستشفيات الخاصة كما هو مبين في الجدول السابق حيث كانت نسبة مقدمي الخدمة الصحية (أطباء) 34.57% من النسبة الإجمالية لمقدمي الخدمة الصحية، أما نسبة مقدمي الخدمة الصحية (ممرضين) 16.66% و نسبة (الاداريين) كانت 16.84% و نسبة (مساعد طبيب) كانت 16.13% و نسبة (الفنيين) كانت 15.85% و هذه النسب تدل على أن الأطباء العاملين في المستشفيات الخاصة هم أكبر نسبة بين مقدمي الخدمة الصحية و هذا أمر طبيعي.

لدى تحليل البيانات الشخصية والديمغرافية لأفراد عينة الدراسة، كانت النتائج المتعلقة بتوزيع المستفيدين من الخدمة الصحية من حيث الوظيفة، فقد كانت النتائج موضحة بالجدول (11) كما يلي:

جدول رقم (11) توزيع أفراد العينة (المستفيدين من الخدمة الصحية) حسب الوظيفة

النسبة المئوية%	التكرارات	نوع الوظيفة
20.30	55	**موظف قطاع عام**
15.13	41	**موظف قطاع خاص**
33.58	91	**مهنة حرة**
24.72	67	**مهنة علمية**
6.27	17	**لا يعمل**
100.0	271	**الإجمالي**

*** المصدر : إعداد الباحث بالإضافة إلى نتائج التحليل الإحصائي**

أما من ناحية توزيع المستفيدين من الخدمة الصحية حسب المهنة في المستشفيات الخاصة كما هو مبين في الجدول (11) حيث كانت نسبة المستفيدين من الخدمة الصحية (مهنة حرة) 33.58% من النسبة الإجمالية للمستفيدين من الخدمة الصحية و هذا يعني أن النسبة الأكبر للمستفيدين من الخدمة الصحية هم من أصحاب المهن الحرة و الذين يكونون أكثر قدرة على تحمل تكاليف العلاج الخاصة، أما نسبة المستفيدين من الخدمة الصحية (مهنة علمية) 24.72% و نسبة (موظف قطاع عام) كانت 20.30% و نسبة (موظف قطاع خاص) كانت 15.13% و نسبة (لا يعمل) كانت 6.27% وهذه

النسبة ضئيلة و تعني أن الذين لا يعملون يشكلون أقل نسبة و قد يكون ذويهم هم من يتحمل تكلفة علاجهم.

5- المستوى التعليمي:

لدى تحليل البيانات الشخصية والديمغرافية لأفراد عينة الدراسة، كانت النتائج المتعلقة بتوزيع مقدمي الخدمة الصحية حسب مستواهم التعليمي، فقد كانت النتائج موضحة بالجدول (12)كما يلي:

جدول رقم (12) توزيع أفراد العينة (مقدمي الخدمة الصحية) حسب المستوى التعليمي

نوع القطاع	التكرارات	النسبة المئوية%
دراسات عليا	74	13.12
إعدادي	35	6.20
ثانوي	78	13.82
معهد	147	26.06
جامعي	230	40.78
الإجمالي	564	100.0

*** المصدر : إعداد الباحث بالإضافة إلى نتائج التحليل الإحصائي**

يظهر في الجدول (12) توزع أفراد عينة الدراسة حسب مستواهم التعليمي، حيث بين التحليل الإحصائي بأن أغلب مقدمي الخدمة الصحية بمستوى تعليمي (جامعي)، حيث كانت نسبتهم عالية جداً و قد بلغت 40.78% من اجمالي عينة الدراسة يلي هذه الفئة مستوى تعليمي (معهد) و كانت نسيتهم 26.06% يليها فئة المستوى التعليمي (ثانوي) و قد بلغت نسبتهم 13.82% يليها فئة (الدراسات العليا) و قد بلغت 13.12% و هذه الفئة تتولى عملية الإشراف و الإدارة، و أقل فئة من المستوى التعليمي (إعدادية) و قد بلغت 6.20% و هذه تتولى جزء من عملية التمريض.

لدى تحليل البيانات الشخصية و الديمغرافية لأفراد عينة الدراسة، كانت النتائج المتعلقة بتوزيع المستفيدين من الخدمة الصحية حسب مستواهم التعليمي، كانت النتائج موضحة بالجدول(13)كما يلي:

جدول رقم (13) توزيع أفراد العينة (المستفيدين من الخدمة الصحية) حسب المستوى التعليمي

نوع القطاع	التكرارات	النسبة المئوية%
أمي	0	0.00
إعدادي	13	4.80
ثانوي	91	33.58
معهد	65	23.99
جامعي فما فوق	102	37.64
الإجمالي	271	100.0

*** المصدر : إعداد الباحث بالإضافة إلى نتائج التحليل الإحصائي**

يظهر في الجدول (13) توزع أفراد عينة الدراسة حسب مستواهم التعليمي، حيث بين التحليل الإحصائي بأن أغلب المستفيدين من الخدمة الصحية المقدمة في المشافي الخاصة بمستوى تعليمي (جامعي فما فوق)، حيث كانت نسبتهم عالية جداً و قد بلغت 37.64% من اجمالي عينة الدراسة ، هذا يعني أن مستخدمي الخدمة الصحية من مستوى تعليمي عالي مما يجعلهم قادرين على تقييم الخدمة الصحية لذلك فهم حساسين جداً لأي تغير يحدث في عملية تأدية الخدمة الصحية ، يلي هذه الفئة مستوى تعليمي (ثانوي) و كانت نسيتهم 33.52% يليها فئة المستوى التعليمي (معهد) و قد بلغت نسبتهم 23.99% يليها فئة (إعدادي) و قد بلغت 4.8% و هي نسبة ضئيلة جداَ أما فئة الأميين فلم يكن هناك أي مستفيد من الخدمة الصحية مما يعني أن استخدام الخدمة الصحية المقدمة في المستشفيات الخاصة مرتبط بشكل كبير بالمستوى التعليمي، فالمستوى التعليمي له أثر في تقييم واختيار المستشفى و مقدمي الخدمة الصحية.

كل ما سبق يعكس المستوى التعليمي الجيد الذي يتمتع به أفراد العينة، والذي يمكنهم من الإجابة على أسئلة الاستبيان، ويعطي المزيد من الثقة بالنتائج التي يتم التوصل إليها.

6- الدخل:

لدى تحليل البيانات الشخصية والديمغرافية لأفراد عينة الدراسة، كانت النتائج المتعلقة بتوزيع الدخل (للمستفيدين من الخدمة الصحية) الذين شملتهم عينة الدراسة ، فقد كانت النتائج موضحة بالجدول ()14 كما يلي:

جدول رقم (14) توزيع أفراد العينة (المستفيدين من الخدمة الصحية) حسب الدخل

الدخل	التكرارات	النسبة المئوية%
10000وأقل	11	4.06
15000وأقل	33	12.18
20000وأقل	98	36.16
25000وأقل	52	19.19
25000وأكثر	77	28.41
الإجمالي	271	100.0

*** المصدر : إعداد الباحث بالإضافة إلى نتائج التحليل الإحصائي**

لقد كانت أعلى فئة هي الفئة الأقل من 20000 و قد بلغت نسبتها 36.16% يليها فئة أكثر من 25000 و قد بلغت نسبتها 28.41% يليها فئة أقل من 25000 وبلغت نسبتها 19.19% ويليها فئة أقل من 15000 وبلغت نسبتها 12.18% و تليها فئة أقل من 10000 وبلغت نسبتها 4.06% وهي نسبة ضئيلة جداً و هذا يفسر أن أصحاب الدخل المرتفع هم الأكثر المستفيدين من الخدمة الصحية المقدمة في المستشفيات الخاصة سواءً في دمشق أو دير الزور.

7- مدة العمل:

لدى تحليل البيانات الشخصية والديمغرافية لأفراد عينة الدراسة، كانت النتائج المتعلقة بتوزيع مقدمي الخدمة الصحية التي شملتها عينة الدراسة حسب مدة العمل موضحة بالجدول (15) كما يلي:

جدول رقم (15) توزيع أفراد العينة (مقدمي الخدمة الصحية) حسب مدة العمل :

مدة العمل	التكرارات	النسبة المئوية%
4 ساعات باليوم وأقل	36	6.38
6 ساعات باليوم وأقل	58	10.28
8 ساعات باليوم وأقل	148	26.24
12 ساعة باليوم وأقل	160	28.36
12 ساعة باليوم وأكثر	162	28.72
الإجمالي	564	100.0

*** المصدر : إعداد الباحث بالإضافة إلى نتائج التحليل الإحصائي**

يتضح من الجدول السابق الذي يبين مدة العمل في المستشفيات الخاصة في دمشق و ديرالزور عينة الدراسة، أن الفئات أكثر من 12 ساعة عمل باليوم أعلى نسبة و قد بلغت 28.72% تليها فئة أقل من 12 ساعة عمل باليوم وبلغت نسبتها 28.36% يليها فئة أقل من 8 ساعات عمل باليوم و بلغت نسبتها 26.24% تليها فئة أقل من 6 ساعات عمل باليوم و بلغت نسبتها 10.28% تليها فئة أقل من 4 ساعات عمل باليوم بلغت نسبتها 6.38% و هذا يعني أن الفئتان الأخيرتان و هما ضئيلتان جداً يشكلون مقدمي الخدمة الصحية العاملين في مجال الإشراف و الاستشارة أما الثلاث فئات الأخرى فهم يشكلون النسبة الأكبر و هم يظمون الكادر الطبي و الاداري .

وبعد أن تم إلقاء الضوء على الخصائص الشخصية والبيانات الديموغرافية لأفراد عينة الدراسة، وعرض النتائج التي تم التوصل إليها في هذا المجال، سيتم في المباحث التالية عرض نتائج تحليل الاستبيان واختبار فرضيات البحث المطروحة، وإطلاق الحكم النهائي على صحتها أو عدم صحتها.

المبحث الثاني
تحليل الاستبيان وعرض النتائج

أولاً: عرض النتائج المتعلقة بإجابات أفراد العينة على أسئلة المحور الأول(سياسة تطوير جودة الخدمة الصحية)

أ - المستفيدين من الخدمة الصحية:

من خلال الأسئلة المتعلقة بسياسة تطوير جودة الخدمة الصحية ، والموجهة للمستفيدين من الخدمة الصحية(مرضى و مرافقين المرضى) في الاستمارة الأولى تظهر لدينا مجموعة من النتائج، وهي موضحة بالجدول (16):

جدول رقم(16) تكرارات إجابات المستفيدين من الخدمة الصحية على أسئلة المحورالأول

المستفيدين من الخدمة		درجة الموافقة									
		عالية جدا		عالية		متوسطة		منخفضة		معدومة	
رقم السؤال	صيغة السؤال	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
1	إن تكلفة الخدمة المقدمة تتناسب مع جودة الخدمة المقدمة	13	4.80	51	18.82	113	41.70	59	21.77	35	12.92
2	إن الغرف الخاصة بالمرضى والمعدة بشكل جيد تؤثر على أختيار المريض وذويه للمشفى	67	24.72	91	33.58	56	20.66	57	21.03	0	0.00
3	إن التجهيزات الطبية المتوفرة في المشفى تعد من أحدث الأجهزة الطبية	0	0.00	22	8.12	123	45.39	67	24.72	59	21.77
4	إن وجود العيادات الحارجية دليل على جودة الخدمة الطبية	52	19.19	93	34.32	71	26.20	42	15.50	13	4.80
5	إن سرعة استجابة المشفى للحالات الطارئة عامل أساسي في اختيار المشفى	118	43.54	83	30.63	55	20.30	15	5.54	0	0.00

*** المصدر : إعداد الباحث بالإضافة إلى نتائج التحليل الإحصائي**

يلاحظ من النتائج السابقة أن غالبية الإجابات تميل نحو درجة الموافقة العالية والعالية جداً على فقرات الاستبيان المتعلقة بمحور الأول سياسة تطوير جودة الخدمة الصحية، الأمر الذي يعني تأكيد معظم أفراد العينة من المستفيدين من الخدمة بالدور الكبير الذي يمكن أن تسهم فيه سياسة تطوير جودة الخدمة الصحية في زيادة رضاهم عن الخدمة المقدمة، وكانت أكبر نسبة موافقة على الأسئلة السابقة

المطروحة في السؤال رقم 5 و الذي ينص على إن سرعة استجابة المستشفى للحالات الطارئة عامل أساسي في اختيار المستشفى.

ب - مقدمي الخدمة الصحية :

لدى تحليل أسئلة الاستبيان المتعلق بمقدمي الخدمة الصحية (أطباء، ممرضين، إداريين، مساعد طبيب، فيين) وفي محوره الأول (سياسة تطوير جودة الخدمة الصحية)، تم الحصول على النتائج التالية موضحة بالجدول (17):

جدول رقم (17) تكرارات إجابات مقدمي الخدمة الصحية على أسئلة المحور الأول

	مقدمي الخدمة الصحيه	درجة الموافقة									
564	عدد افراد العينة	عالية جدا		عالية		متوسطة		منخفضة		معدومة	
رقم السؤال	صيغة السؤال	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
1	أنت عنصر يساهم بتطوير الجودة	187	33.16	267	47.34	73	12.94	37	6.56	0	0.00
2	هناك معايير محددة ومعروضة لدى كل الكادر الطبي بشكل واضح	57	10.11	74	13.12	233	41.31	159	28.19	41	7.27
3	جودة الخدمة التمريضية عامل جذب للمرضى وذويهم	327	57.98	224	39.72	13	2.30	0	0.00	0	0.00
4	يتم استبدال الأجهزة الطبية بشكل دوري و مستمر تماشياً مع التقدم و التطور التكنولوجي	78	13.83	198	35.11	162	28.72	89	15.78	37	6.56
5	استخدام الأجهزة المتطورة تشعرك بالرضى على مستوى الخدمة المقدمة في المشفى	421	74.65	114	20.21	19	3.37	7	1.24	3	0.53

*** المصدر : إعداد الباحث بالإضافة إلى نتائج التحليل الإحصائي**

يلاحظ من النتائج السابقة أن غالبية الإجابات تميل نحو درجة الموافقة العالية والعالية جداً على فقرات الاستبيان المتعلقة بمحور الأول سياسة تطوير جودة الخدمة الصحية، الأمر الذي يعني تأكيد معظم أفراد العينة من مقدمي الخدمة على الدور الكبير الذي يمكن أن تسهم فيه سياسة تطوير جودة الخدمة الصحية، وبالتالي زيادة رضا المستفيدين من الخدمة، وكانت أكبر نسبة موافقة على الأسئلة السابقة المطروحة في السؤال رقم 3 الذي ينص على جودة الخدمة التمريضية عامل جذب للمرضى وذويهم .

ثانياً: عرض النتائج المتعلقة بإجابات أفراد العينة على أسئلة المحور الثاني (سياسة التسعير)

أ - المستفيدين من الخدمة الصحية:

و كانت لتكرارات إجابات أفراد العينة من المستفيدين من الخدمة الصحية على أسئلة المحور الثاني (سياسة التسعير)، موضحة بالجدول (18) كمايلي:

جدول رقم (18) تكرارات إجابات المستفيدين من الخدمة الصحية على أسئلة المحور الثاني (سياسة التسعير)

المستفيدين من الخدمة		درجة الموافقة									
		عالية جدا		عالية		متوسطة		منخفضة		معدومة	
رقم السؤال	صيغة السؤال	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
1	ان مستوى جودة الخدمة المقدمة في المشفى تبرر السعر المرتفع	34	12.55	69	25.46	131	48.34	24	8.86	13	4.80
2	إن تكاليف العلاج في المشفى الخاص مقارنةً مع الخدمة الطبية المقدمة مرتفعة	32	11.81	56	20.66	124	45.76	34	12.55	25	9.23
3	ان تكلفة الخدمة المقدمة تتناسب مع الاجهزة المتوفرة	35	12.92	81	29.89	86	31.73	45	16.61	24	8.86
4	ان تكلفة الخدمة المقدمة تتناسب مع كفاءة الكادر الطبي	45	16.61	71	26.20	87	32.10	48	17.71	20	7.38
5	ان تكلفة العلاج الطبي هو عامل قوي في اختيار المشفى	78	28.78	66	24.35	78	28.78	34	12.55	15	5.54

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

يلاحظ من النتائج السابقة أن غالبية الإجابات تميل نحو درجة الموافقة العالية والعالية جداً على فقرات الاستبيان المتعلقة بمحور الثاني سياسة التسعير، الأمر الذي يعني تأكيد معظم أفراد العينة من المستفيدين من الخدمة بالدور الكبير الذي يمكن أن تسهم فيه سياسة التسعير في زيادة رضاهم عن الخدمة المقدمة، وكانت أكبر نسبة موافقة على الأسئلة السابقة المطروحة في السؤال رقم 5 و الذي ينص على إن تكلفة العلاج الطبي هو عامل قوي في اختيار المستشفى.

ب- مقدمي الخدمة الصحية:

وكانت التكرارات لإجابات أفراد العينة من مقدمي الخدمة الصحية على أسئلة المحور الثاني (سياسة التسعير)، موضحة بالجدول (19) كمايلي:

جدول رقم (19) تكرارات إجابات مقدمي الخدمة الصحية على أسئلة المحور الثاني(سياسة التسعير)

	مقدمي الخدمة الصحيه	درجة الموافقة									
564	عدد افراد العينة	عالية جدا		عالية		متوسطة		منخفضة		معدومة	
رقم السؤال	صيغة السؤال	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
1	سياسة الأجور المحددة من قبل المشفى متناسبة مع الجهد الذي تبذله و أسعار الخدمة المقدمة	69	12.23	78	13.83	211	37.41	137	24.29	69	12.23
2	سياسة التسعير بالمشفى هدفها الربح بشكل أساسي	111	19.68	193	34.22	158	28.01	53	9.40	49	8.69

3	تؤثر الأسعار في اختيار المريض للمشفى	256	45.39	142	25.18	65	11.52	68	12.06	33	5.85
4	تؤثر الحسومات في اختيار المريض للمشفى	147	26.06	229	40.60	83	14.72	78	13.83	27	4.79
5	إن تقديم المشفى لخدمات طبية جديدة و متطورة يبرر إرتفاع سعرها	217	38.48	162	28.72	47	8.33	107	18.97	31	5.50

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

يلاحظ من النتائج السابقة أن غالبية الإجابات تميل نحو درجة الموافقة العالية والعالية جداً على فقرات الاستبيان المتعلقة بمحور الثاني سياسة التسعير، الأمر الذي يعني تأكيد معظم أفراد العينة من مقدمي الخدمة بالدور الكبير الذي يمكن أن تسهم فيه سياسة التسعير، وبالتالي زيادة رضا المستفيدين من الخدمة، وكانت أكبر نسبة موافقة على الأسئلة السابقة المطروحة في السؤال رقم 3 الذي ينص على أنه تؤثر الأسعار في اختيار المريض للمستشفى.

.

ثالثاً: عرض النتائج المتعلقة بإجابات أفراد العينة على أسئلة المحور الثالث (سياسة الإعلان والترويج)

<u>أ- المستفيدين من الخدمة الصحية:</u>

تظهر نتائج التكرارات لإجابات أفراد العينة من المستفيدين من الخدمة الصحية على أسئلة المحور الثالث (سياسة الإعلان والترويج)، موضحة بالجدول (20) كمايلي:

جدول رقم (20) تكرارات إجابات المستفيدين من الخدمة الصحية على أسئلة المحور الثالث

المستفيدين من الخدمة		درجة الموافقة									
		عالية جدا		عالية		متوسطة		منخفضة		معدومة	
رقم السؤال	صيغة السؤال	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
1	الملصقات والبروشورات وحملات التوعية الصحية التي تقوم بها المشفى أثرت في أختيارك لها	34	12.55	59	21.77	141	52.03	24	8.86	13	4.80
2	ان الحملة الاعلانية التي تقوم بها المشفى كانت العامل الاساسي في اختيارها	35	12.92	53	19.56	124	45.76	44	16.24	15	5.54
3	ان وجود العيادات الخارجية دليل الوعي الصحي في المشفى	33	12.18	116	42.80	76	28.04	31	11.44	15	5.54
4	ان الخدمات الفندقية في المشفى (خدمة الطعام والشراب والاقامة) كانت ضمن حدود توقعاتك	56	20.66	91	33.58	77	28.41	36	13.28	11	4.06
5	انصح الأخرين بالتعامل مع المشفى	98	36.16	76	28.04	53	19.56	29	10.70	15	5.54

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

يلاحظ من النتائج السابقة أن غالبية الإجابات تميل نحو درجة الموافقة العالية والعالية جداً على فقرات الاستبيان المتعلقة بمحور الثالث سياسة الإعلان و الترويج، الأمر الذي يعني تأكيد معظم أفراد العينة من المستفيدين من الخدمة بالدور الكبير الذي يمكن أن تسهم فيه سياسة الإعلان و الترويج في زيادة رضاهم عن الخدمة المقدمة، وكانت أكبر نسبة موافقة على الأسئلة السابقة المطروحة في السؤال رقم 5 و الذي ينص على انصح الآخرين بالتعامل مع المستشفى.

ب- مقدمي الخدمة الصحية:

تظهر نتائج التكرارات لإجابات أفراد العينة من مقدمي الخدمة الصحية على أسئلة المحور الثالث (سياسة الإعلان والترويج)، موضحة بالجدول (21) كمايلي:

جدول رقم (21) تكرارات إجابات مقدمي الخدمة الصحية على أسئلة المحور الثالث

	مقدمي الخدمة الصحيه	درجة الموافقة									
564	عدد افراد العينة	عالية جدا		عالية		متوسطة		منخفضة		معدومة	
رقم السؤال	صيغة السؤال	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
1	اسم المشفى عامل هام في قرارك في العمل فيها	126	22.34	258	45.74	99	17.55	64	11.35	17	3.01
2	إن الجهود الاعلانية للمشفى كافية	56	9.93	147	26.06	278	49.29	41	7.27	42	7.45
3	إن المعاملة الجيدة مع المريض تعتبر وسيلة ترويجية جيدة	294	52.13	187	33.16	34	6.03	32	5.67	17	3.01
4	إن وضع برنامج إعلاني يتم مع مراعاة المادة الاعلانية (الخدمة الصحية)	31	5.50	97	17.20	196	34.75	169	29.96	71	12.59
5	استخدام الوسائل الاعلانية (صحف ، مجلات ، تلفزة ، لوحات إعلانية) عامل جذب للمرضى	229	40.60	182	32.27	88	15.60	43	7.62	22	3.90

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

يلاحظ من النتائج السابقة أن غالبية الإجابات تميل نحو درجة الموافقة العالية والعالية جداً على فقرات الاستبيان المتعلقة بمحور الثالث سياسة الإعلان و الترويج، الأمر الذي يعني تأكيد معظم أفراد العينة من مقدمي الخدمة بالدور الكبير الذي يمكن أن تسهم فيه سياسة الإعلان و الترويج، وبالتالي زيادة رضا المستفيدين من الخدمة، وكانت أكبر نسبة موافقة على الأسئلة السابقة المطروحة في السؤال رقم 3 الذي ينص على إن المعاملة الجيدة مع المريض تعتبر وسيلة ترويجية جيدة.

رابعاً : عرض النتائج المتعلقة بإجابات أفراد العينة على أسئلة المحور الرابع (سياسة التوزيع)

أ- المستفيدين من الخدمة الصحية:

وكانت لتكرارات إجابات أفراد العينة من المستفيدين من الخدمة الصحية على أسئلة المحور الرابع (سياسة التوزيع)، موضحة بالجدول (22) كمايلي:

جدول رقم (22) تكرارات إجابات المستفيدين من الخدمة الصحية على أسئلة المحور الرابع

المستفيدين من الخدمة		درجة الموافقة									
		عالية جدا		عالية		متوسطة		منخفضة		معدومة	
رقم السؤال	صيغة السؤال	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
1	ان اختيار المشفى يرتبط بتوفر العيادات الخارجية فيها	48	17.71	141	52.03	45	16.61	24	8.86	13	4.80
2	ان تصميم البناء الداخلي للمشفى له أثر على قرار اختيار المشفى	93	34.32	85	31.37	54	19.93	32	11.81	7	2.58
3	ان توزيع اقسام المشفى يؤمن وضع مريح للمرضى وزوارها	45	16.61	87	32.10	83	30.63	41	15.13	15	5.54
4	ان قرب المشفى سبب اساسي لاختيارها	56	20.66	91	33.58	77	28.41	37	13.65	10	3.69

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

يلاحظ من النتائج السابقة أن غالبية الإجابات تميل نحو درجة الموافقة العالية والعالية جداً على فقرات الاستبيان المتعلقة بمحور الرابع سياسة التوزيع، الأمر الذي يعني تأكيد معظم أفراد العينة من المستفيدين من الخدمة بالدور الكبير الذي يمكن أن تسهم فيه سياسة التوزيع، في زيادة رضاهم عن الخدمة المقدمة، وكانت أكبر نسبة موافقة على الأسئلة السابقة المطروحة في السؤال رقم 1 و الذي ينص على إن اختيار المستشفى يرتبط بتوفر العيادات الخارجية فيها.

ب- مقدمي الخدمة الصحية:

يوضح الجدول (23) التكرارات لإجابات أفراد العينة من مقدمي الخدمة الصحية على أسئلة المحور الرابع (سياسة التوزيع)، كمايلي:

جدول رقم (23) تكرارات إجابات مقدمي الخدمة الصحية على أسئلة المحور الرابع

	مقدمي الخدمة الصحيه	**درجة الموافقة**									
564	عدد افراد العينة	**عالية جدا**		**عالية**		**متوسطة**		**منخفضة**		**معدومة**	
رقم السؤال	صيغة السؤال	**التكرار**	**النسبة المئوية**	**التكرار**	**النسبة المئوية**	**التكرار**	**النسبة المئوية**	**التكرار**	**النسبة المئوية**	**التكرار**	**النسبة المئوية**
1	إن مدى قرب المشفى من مكان إقامتك عامل هام في اختيارك العمل فيها	89	15.78	111	19.68	189	33.51	98	17.38	77	13.65
2	إن الأقسام في المشفى وزعت بشكل مناسب يسهل أداء العمل	56	9.93	163	28.90	95	16.84	158	28.01	92	16.31
3	إن تعدد الطوابق في المشفى يعيق أداء عملك	101	17.91	71	12.59	79	14.01	231	40.96	82	14.54
4	أقسام المشفى منظمة لتساعد في عملية أداء الخدمة	44	7.80	109	19.33	171	30.32	169	29.96	71	12.59
5	أن وجود قسم في المشفى للأمراض الموسمية أمر هام ويؤثر على أداء المشفى	208	36.88	203	35.99	74	13.12	55	9.75	24	4.26
6	إن العيادات الخارجية تلبي الخدمة المطلوبة منها	119	21.10	173	30.67	94	16.67	119	21.10	59	10.46

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

يلاحظ من النتائج السابقة أن غالبية الإجابات تميل نحو درجة الموافقة العالية والعالية جداً على فقرات الاستبيان المتعلقة بمحور الرابع سياسة التوزيع ، الأمر الذي يعني تأكيد معظم أفراد العينة من مقدمي الخدمة بالدور الكبير الذي يمكن أن تسهم فيه سياسة التوزيع ، وبالتالي زيادة رضا المستفيدين من الخدمة، وكانت أكبر نسبة موافقة على الأسئلة السابقة المطروحة في السؤال رقم 5 الذي ينص على أن وجود قسم في المستشفى للأمراض الموسمية أمر هام ويؤثر على أداء المستشفى .

خامساً: عرض النتائج المتعلقة بإجابات العمال أفراد العينة على أسئلة المحور الخامس (سياسة التدريب والتحفيز)

<u>أ- المستفيدين من الخدمة الصحية:</u>

وكانت التكرارات لإجابات أفراد العينة من المستفيدين من الخدمة الصحية على أسئلة المحور الخامس (سياسة التدريب والتحفيز)، موضحة بالجدول (24) كمايلي:

جدول رقم (24) تكرارات إجابات المستفيدين من الخدمة الصحية على أسئلة المحور الخامس

المستفيدين من الخدمة		**درجة الموافقة**									
		عالية جدا		**عالية**		**متوسطة**		**منخفضة**		**معدومة**	
رقم السؤال	صيغة السؤال	**التكرار**	**النسبة المئوية**	**التكرار**	**النسبة المئوية**	**التكرار**	**النسبة المئوية**	**التكرار**	**النسبة المئوية**	**التكرار**	**النسبة المئوية**
1	ان الكادر الطبي الموجود في المشفى مناسب مع الحالات المرضية التي يستقبلها	48	17.71	131	48.34	55	20.30	24	8.86	13	4.80
2	العاملين في الممشفى يتمتعون بالحماسة والإندفاع لخدمتك	35	12.92	85	31.37	112	41.33	32	11.81	7	2.58
3	إن الإنسجام بين طاقم العاملين له أثر على طبيعة الخدمة المقبلة من قبلهم	98	36.16	72	26.57	55	20.30	31	11.44	15	5.54
4	الخدمة المقدمة من قبل العاملين في المشفى تتلائم مع سمعة المشفى	43	15.87	72	26.57	91	33.58	45	16.61	20	7.38

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

يلاحظ من النتائج السابقة أن غالبية الإجابات تميل نحو درجة الموافقة العالية والعالية جداً على فقرات الاستبيان المتعلقة بمحور الخامس سياسة التدريب و التحفيز، الأمر الذي يعني تأكيد معظم أفراد العينة من المستفيدين من الخدمة بالدور الكبير الذي يمكن أن تسهم فيه سياسة التدريب و التحفيز في زيادة رضاهم عن الخدمة المقدمة، وكانت أكبر نسبة موافقة على الأسئلة السابقة المطروحة في السؤال رقم 3 و الذي ينص على إن الانسجام بين طاقم العاملين له أثر على طبيعة الخدمة المقبلة من قبلهم.

<u>ب - مقدمي الخدمة الصحية:</u>

يوضح الجدول (25) التكرارات لإجابات أفراد العينة من مقدمي الخدمة الصحية على أسئلة المحور الخامس (سياسة التدريب والتحفيز)، كمايلي:

جدول رقم (25) تكرارات إجابات مقدمي الخدمة الصحية على أسئلة المحور الخامس

	مقدمي الخدمة الصحيه	درجة الموافقة									
564	عدد افراد العينة	عالية جدا		عالية		متوسطة		منخفضة		معدومة	
رقم السؤال	صيغة السؤال	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
1	إن تدريبك يترك أثر كبير على طريقة تقديم الخدمة	137	24.29	224	39.72	85	15.07	66	11.70	52	9.22
2	الإدارة تنظم دورات تدريبية بشكل كافي	77	13.65	83	14.72	176	31.21	153	27.13	75	13.30
3	إن المكافأت المعنوية و المادية تقدم بشكل مدروس	69	12.23	74	13.12	161	28.55	206	36.52	54	9.57
4	انسجام الممرضيين اثناء عملية أداء الخدمة عامل يؤثر على جودتها	203	35.99	224	39.72	137	24.29	0	0.00	0	0.00
5	إن مؤهلاتك العلمية و خبراتك العملية كان لها دور أكبر في تعيينك في المشفى	186	32.98	211	37.41	95	16.84	51	9.04	21	3.72

* المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي

يلاحظ من النتائج السابقة أن غالبية الإجابات تميل نحو درجة الموافقة العالية والعالية جداً على فقرات الاستبيان المتعلقة بمحور الخامس سياسة التدريب و التحفيز، الأمر الذي يعني تأكيد معظم أفراد العينة من مقدمي الخدمة بالدور الكبير الذي يمكن أن تسهم فيه سياسة التدريب و التحفيز، وبالتالي زيادة رضا المستفيدين من الخدمة، وكانت أكبر نسبة موافقة على الأسئلة السابقة المطروحة في السؤال رقم 4 الذي ينص على إن انسجام المرضيين أثناء عملية أداء الخدمة عامل يؤثر على جودتها.

سادساً: عرض النتائج المتعلقة بإجابات العمال أفراد العينة على أسئلة المحور السادس (سياسة الدليل المادي)

أ- المستفيدين من الخدمة الصحية:

وكانت التكرارات لإجابات أفراد العينة من المستفيدين من الخدمة الصحية على أسئلة المحور السادس (سياسة الدليل المادي)، موضحة بالجدول (26) كمايلي:

جدول رقم (26) تكرارات إجابات المستفيدين من الخدمة الصحية على أسئلة المحور السادس

المستفيدين من الخدمة		درجة الموافقة									
		عالية جدا		عالية		متوسطة		منخفضة		معدومة	
رقم السؤال	صيغة السؤال	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
1	إن اللوحات الأرشادية الموجودة في المشفى كافية	47	17.34	56	20.66	131	48.34	24	8.86	13	4.80
2	إن المعلومات الموجودة في اللوحات الإرشادية مضاءة وواضحة بشكل جيد	35	12.92	42	15.50	55	20.30	87	32.10	52	19.19
3	إن تصميم البناء الخارجي له أثر على قرار اختيار المشفى	77	28.41	98	36.16	50	18.45	31	11.44	15	5.54
4	يوجد موقف للسيارات كافي لعملاء المشفى	13	4.80	34	12.55	57	21.03	91	33.58	76	28.04

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

يلاحظ من النتائج السابقة أن غالبية الإجابات تميل نحو درجة الموافقة العالية والعالية جداً على فقرات الاستبيان المتعلقة بمحور السادس سياسة الدليل المادي، الأمر الذي يعني تأكيد معظم أفراد العينة من المستفيدين من الخدمة بالدور الكبير الذي يمكن أن تسهم فيه سياسة الدليل المادي في زيادة رضاهم عن الخدمة المقدمة، وكانت أكبر نسبة موافقة على الأسئلة السابقة المطروحة في السؤال رقم 3 و الذي ينص على إن تصميم البناء الخارجي له أثر على قرار اختيار المستشفى.

ب - مقدمي الخدمة الصحية:

يوضح الجدول (27) التكرارات لإجابات أفراد العينة من مقدمي الخدمة على أسئلة المحور السادس (سياسة الدليل المادي)، كمايلي:

جدول رقم (27) تكرارات إجابات مقدمي الخدمة الصحية على أسئلة المحور السادس

	مقدمي الخدمة الصحيه	**درجة الموافقة**									
564	عدد افراد العينة	**عالية جدا**		**عالية**		**متوسطة**		**منخفضة**		**معدومة**	
رقم السؤال	صيغة السؤال	**التكرار**	**النسبة المئوية**	**التكرار**	**النسبة المئوية**	**التكرار**	**النسبة المئوية**	**التكرار**	**النسبة المئوية**	**التكرار**	**النسبة المئوية**
1	إن استخدام ((شعار المشفى)) في الزي و التصميم الداخلي و الخارجي للمشفى يساهم برفع الروح المعنوية و الرضى لدى المرضى و العاملين	148	26.24	249	44.15	76	13.48	47	8.33	44	7.80
2	إن التصميم الخارجي و الداخلي للمبنى يؤثر على جذب المرضى و اختيارهم للمشفى	168	29.79	257	45.57	69	12.23	41	7.27	29	5.14
3	هل تجد أنه تم اختيار موقع المبنى بشكل مناسب	86	15.25	79	14.01	184	32.62	134	23.76	81	14.36
4	تم مراعاة اختيار الألوان المناسبة التي تحقق الراحة النفسية للمرضى	155	27.48	192	34.04	126	22.34	69	12.23	22	3.90
5	هل تم توزيع غرف المرضى بشكل مناسب	64	11.35	73	12.94	174	30.85	182	32.27	71	12.59

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

يلاحظ من النتائج السابقة أن غالبية الإجابات تميل نحو درجة الموافقة العالية والعالية جداً على فقرات الاستبيان المتعلقة بمحور السادس سياسة الدليل المادي، الأمر الذي يعني تأكيد معظم أفراد العينة من مقدمي الخدمة بالدور الكبير الذي يمكن أن تسهم فيه سياسة الدليل المادي، وبالتالي زيادة رضا المستفيدين من الخدمة، وكانت أكبر نسبة موافقة على الأسئلة السابقة المطروحة في السؤال رقم 2 الذي ينص على إن التصميم الخارجي و الداخلي للمبنى يؤثر على جذب المرضى و اختيارهم للمستشفى.

سابعاً: عرض النتائج المتعلقة بإجابات أفراد العينة على أسئلة المحور السابع (سياسة عملية تقديم الخدمة الصحية)

أ- المستفيدين من الخدمة الصحية:

وكانت التكرارات لإجابات أفراد العينة من المستفيدين من الخدمة على أسئلة المحور السابع (سياسة عملية تقديم الخدمة الصحية)، موضحة بالجدول (28) كمايلي:

جدول رقم (28) تكرارات إجابات المستفيدين من الخدمة الصحية على أسئلة المحور السابع

المستفيدين من الخدمة		درجة الموافقة									
		عالية جدا		عالية		متوسطة		منخفضة		معدومة	
رقم السؤال	صيغة السؤال	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
1	إن سرعة استجابة المشفى للحالات الطارئة عامل اساسي في اختيار المشفى	56	20.66	79	29.15	59	21.77	41	15.13	36	13.28
2	يتم تقديم الخدمة الصحية في المشفى بتناغم وانسجام بين الكادر الطبي والتمريضي بسكلٍ مرضٍ	89	32.84	56	20.66	61	22.51	34	12.55	31	11.44
3	تتعامل المشفى مع الشكاوى بسرعة مع توفر إجراءات واضحة لها	61	22.51	55	20.30	98	36.16	42	15.50	15	5.54
4	معاملة العاملين الاستقبال تؤثر على تقييمك لأداء المشفى	93	34.32	77	28.41	57	21.03	31	11.44	13	4.80
5	يوجد تعاون بين موظفي الاستقبال والعاملين الاخرين لتقديم المساعدة لك	27	9.96	44	16.24	95	35.06	70	25.83	35	12.92
6	اشعر بالرضى عن أداء موظفي المشفى	31	11.44	96	35.42	87	32.10	44	16.24	13	4.80

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

يلاحظ من النتائج السابقة أن غالبية الإجابات تميل نحو درجة الموافقة العالية والعالية جداً على فقرات الاستبيان المتعلقة بمحور السابع سياسة عملية تقديم الخدمة، الأمر الذي يعني تأكيد معظم أفراد العينة من المستفيدين من الخدمة بالدور الكبير الذي يمكن أن تسهم فيه سياسة عملية تقديم الخدمة في زيادة رضاهم عن الخدمة المقدمة، وكانت أكبر نسبة موافقة على الأسئلة السابقة المطروحة في السؤال رقم 4 و الذي ينص على معاملة العاملين الاستقبال تؤثر على تقييمك لأداء المستشفى

ب - مقدمي الخدمة الصحية:

يوضح الجدول (29) التكرارات لإجابات أفراد العينة من مقدمي الخدمة الصحية على أسئلة المحور السابع (سياسة عملية تقديم الخدمة الصحية)، كمايلي:

جدول رقم (29) تكرارات إجابات مقدمي الخدمةالصحية على أسئلة المحور السابع

	مقدمي الخدمة الصحيه	درجة الموافقة									
564	عدد افراد العينة	عالية جدا		عالية		متوسطة		منخفضة		معدومة	
رقم السؤال	صيغة السؤال	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
1	إن توزيع المناوبات بين الممرضين يتم بشكل عادل	56	9.93	77	13.65	203	35.99	157	27.84	71	12.59
2	تتصح المريض و فق قواعد محددة من قبل المشفى و تتعامل معه وفق خطة موضوعة	68	12.06	97	17.20	101	17.91	186	32.98	112	19.86
3	تقوم الإدارة بالتحقق من أي شكوى يقدمها المريض و تتخذ اجراءات تصحيحية	97	17.20	144	25.53	207	36.70	78	13.83	38	6.74
4	إن سرعة استجابتك للحالات الطارئة أمر يؤثر على تقييم المريض للخدمة الصحيه المقدمة له	167	29.61	214	37.94	98	17.38	61	10.82	24	4.26
5	هل ترى أن عملية أداء الخدمة بسرعة جيدة لا تؤثر على جودتها	114	20.21	268	47.52	99	17.55	46	8.16	37	6.56
6	الكادر الطبي يعمل وفق خطة محددة و واضحة له	64	11.35	87	15.43	122	21.63	186	32.98	105	18.62

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

يلاحظ من النتائج السابقة أن غالبية الإجابات تميل نحو درجة الموافقة العالية والعالية جداً على فقرات الاستبيان المتعلقة بمحور السابع سياسة عملية تقديم الخدمة، الأمر الذي يعني تأكيد معظم أفراد العينة من مقدمي الخدمة بالدور الكبير الذي يمكن أن تسهم فيه في عملية أداء الخدمة، وبالتالي زيادة رضا المستفيدين من الخدمة، وكانت أكبر نسبة موافقة على الأسئلة السابقة المطروحة في السؤال رقم 4 الذي ينص على إن سرعة استجابتك للحالات الطارئة أمر يؤثر على تقييم المريض للخدمة الصحية المقدمة له.

ثامناً: عرض النتائج المتعلقة بإجابات أفراد العينة على أسئلة المجموعة الثالثة (سياسة عملية تقديم الخدمة الصحية)

أ- <u>المستفيدين من الخدمة الصحية:</u>

وكانت التكرارات لإجابات أفراد العينة من المستفيدين من الخدمة الصحية على أسئلة المجموعة الثالثة (مقياس الرضا لدى المستفيدين من الخدمة)، موضحة بالجدول (30) كما يلي:

جدول رقم (30) تكرارات إجابات المستفيدين من الخدمة الصحية على أسئلة المجموعة الثالثة

المستفيدين من الخدمة		درجة الموافقة									
		عالية جدا		عالية		متوسطة		منخفضة		معدومة	
رقم السؤال	صيغة السؤال	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
1	تقدم المستشفى خدماتها بمستوى جودة مناسبة ومرضية	89	32.84	61	22.51	56	20.66	31	11.44	34	12.55
2	إن التناسب مابين جودة الخدمة المقدمة وسعرها يؤثر في اختيار المستشفى وبرضاك	89	32.84	56	20.66	61	22.51	34	12.55	31	11.44
3	إن الإعلان و وسائل الترويج ساهمت في اختيارك للمستشفى وكنت راضاً عنها	61	22.51	55	20.30	98	36.16	42	15.50	15	5.54
4	قرب المستشفى كان سبب في اختيارك لها ورضاك عنها	93	34.32	77	28.41	57	21.03	31	11.44	13	4.80
5	الانسجام بين طاقم العاملين في المستشفى أثر إيجاباً في الخدمة وأدى إلى رضاك	27	9.96	44	16.24	95	35.06	70	25.83	35	12.92
6	مبنى المستشفى و تصميمه الخارجي كان سبب في اختيارك للمستشفى وفي رضاك عنها	31	11.44	96	35.42	87	32.10	44	16.24	13	4.80
7	إن طريقة تعامل واستجابة الكادر الطبي والإداري تساهم في الاستمرار في اختيارك للمستشفى وفي زيادة رضاك	96	35.43	87	32.10	44	16.24	31	11.44	13	4.80

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

يلاحظ من النتائج السابقة أن غالبية الإجابات تميل نحو درجة الموافقة العالية والعالية جداً على فقرات الاستبيان المتعلقة بالمجموعة الثالثة مقياس الرضا لدى المستفيدين من الخدمة، الأمر الذي يعني تأكيد معظم أفراد العينة من المستفيدين من الخدمة بالدور الكبير الذي يمكن أن تسهم فيه طريقة تعامل واستجابة الكادر الطبي والإداري في استمرار اختيار المستفيد من الخدمة للمستشفى وهذا ما يدل عليه السؤال رقم (7)

ب - مقدمي الخدمة الصحية:

يوضح الجدول (31) التكرارات لإجابات أفراد العينة من مقدمي الخدمة الصحية على أسئلة المجموعة الثالثة (مقياس الرضا لدى المستفيدين من الخدمة)، كانت النتائج موضحة بالجدول (31) كمايلي:

جدول رقم (31) تكرارات إجابات مقدمي الخدمة الصحية على أسئلة المجموعة الثالثة

	مقدمي الخدمة الصحية	**درجة الموافقة**									
564	عدد أفراد العينة	**عالية جدا**		**عالية**		**متوسطة**		**منخفضة**		**معدومة**	
رقم السؤال	صيغة السؤال	**التكرار**	**النسبة المئوية**	**التكرار**	**النسبة المئوية**	**التكرار**	**النسبة المئوية**	**التكرار**	**النسبة المئوية**	**التكرار**	**النسبة المئوية**
1	تقدم المستشفى خدماتها بمستوى جودة مناسبة ومرضي	144	25.53	97	17.20	207	36.70	38	6.74	78	13.83
2	إن التناسب مابين جودة الخدمة المقدمة وسعرها يؤثر في اختيار المستشفى ورضا المستفيد	68	12.06	97	17.20	101	17.91	186	32.98	112	19.86
3	إن الإعلان و وسائل الترويج ساهمت في اختيار للمستشفى وكانت مرضية	97	17.20	144	25.53	207	36.70	78	13.83	38	6.74
4	قرب المستشفى كان سبب في اختيارها ورضا المستفيد	167	29.61	214	37.94	98	17.38	61	10.82	24	4.26
5	الانسجام بين طاقم العاملين في المستشفى أثر إيجاباً في الخدمة وأدى إلى رضا المستفيد	114	20.21	268	47.52	99	17.55	46	8.16	37	6.56
6	مبنى المستشفى و تصميمه الخارجي كان سبب في اختيارها وأثرت في رضا المستفيد	64	11.35	87	15.43	122	21.63	186	32.98	105	18.62
7	إن طريقة تعامل واستجابة الكادر الطبي والإداري تساهم في استمرار المستفيد في التعامل مع المستشفى وزادت في رضاه	268	47.52	99	17.55	114	20.21	37	6.56	46	8.16

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

يلاحظ من النتائج السابقة أن غالبية الإجابات تميل نحو درجة الموافقة العالية والعالية جداً على فقرات الاستبيان المتعلقة بأسئلة المجموعة الثالثة مقياس الرضا، الأمر الذي يعني تأكيد معظم أفراد العينة من مقدمي الخدمة بالدور الكبير الذي يمكن أن تسهم فيه في زيادة رضا المستفيدين من الخدمة، وبالتالي كفاءته الإنتاجية، وكانت أكبر نسبة موافقة على الأسئلة السابقة المطروحة في السؤال رقم 7 الذي ينص على إن طريقة تعامل واستجابة الكادر الطبي والإداري تساهم في الاستمرار المستفيد من الخدمة في التعامل مع المستشفى

المبحث الثالث

اختبار فرضيات البحث

أولاً: فرضيات البحث

في هذا المبحث يتم اختبار الفرضيات التالية:

1- اختبار الفرضية الأولى:

تنص الفرضية العدمية:لا توجد علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين تطوير جودة المنتج و بين رضا المستفيد من الخدمة.

تنص الفرضية البديلة: توجد علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين تطوير جودة المنتج و بين رضا المستفيد من الخدمة.

أ) المستفيدين من الخدمة الصحية:

تم حساب معامل التحديد للمتغير المستقل الأول (سياسة تطوير جودة المنتج) والمتغير التابع (رضا العملاء) وذلك لتحديد القدرة التفسيرية للمتغير المستقل وكانت النتائج موضحة بالجدول (32) على النحو التالي:

جدول (32) معاملات الارتباط و التحديد لسياسة تطوير جودة الخدمة

	معامل الارتباط	معامل التحديد	معامل التحديد المعدل	الخطأ المعياري للتقدير
تطوير الجودة : رضا العملاء	0.802	0.643	0.642	0.536

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

حيث يبين الجدول (32) أن معامل الارتباط بلغ (0.802) والذي يبين وجود علاقة ارتباط قوية بين سياسة تطوير جودة المنتج و رضا العملاء ،ومعامل التحديد بين المتغير المستقل والمتغير التابع بلغ (0.643) ومعامل التحديد المعدل بلغ (0.642) وهذا يعني أن سياسة تطوير جودة المنتج تفسر ما مقداره (64.2%) من التغير الحاصل في رضا العملاء.

ولتحديد مدى صلاحية النموذج بمتغيره المستقل المتمثل بسياسة تطوير جودة المنتج للتنبؤ بالمتغير التابع المتمثل في رضا العملاء فقد تم إجراء تحليل التباين وكانت النتائج موضحة بالجدول (33) على النحو التالي:

جدول (33) دلالة النموذج الخطي لسياسة تطوير جودة الخدمة

	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى المعنوية
الانحدار	139.278	1	139.278	484.558	0.000
البواقي	77.320	269	0.287	–	–

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

يتضح من الجدول السابق صلاحية النموذج المستخدم في اختبار العلاقة التأثيرية لسياسة تطوير جودة المنتج في رضا العملاء، حيث بلغت قيمة (F= 484.558) بمستوى معنوية (0.000) وهي أقل من (0.05) ما يعني أن النموذج بمتغيره المستقل صالح للتنبؤ بقيم المتغير التابع.ولتحديد درجة تأثير سياسة تطوير جودة المنتج في تحقيق رضا العملاء كانت النتائج موضحة بالجدول (34) على النحو التالي:

جدول (34) معاملات الانحدار و الدلالة الاحصائية لسياسة تطوير جودة الخدمة

المتغير	T المحسوبة	T الجدولية	Sig.	الدلالة الإحصائية
سياسة تطوير الجودة	22.013	1.65	0.000	معنوية

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

يلاحظ من الجدول السابق أن قيمة t المحسوبة بلغت 22.013 وهي أكبر من القيمة الجدولية والتي تبلغ 1.65 وكذلك نجد أن قيمة Sig قد بلغت 0.000 وهي أقل من 0.05 وهذا يدل على وجود أثر معنوي لسياسة تطوير جودة المنتج في تحقيق رضا العملاء وبناءً على ذلك يتم رفض فرضية العدمية و نقبل الفرضية البديلة التي تقول (**هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين سياسة تطوير جودة المنتج و بين رضا المستفيد من الخدمة الصحية**) .

نستنتج مما سبق أنه يمكن تحقيق زيادة في رضا المستفيد من الخدمة الصحية من خلال استخدام سياسة تطوير المنتج الصحي بنسبة 64.2% وذلك وفقاً لآراء المستفيدين من الخدمة الصحية و يعود ذلك بحسب رأي الباحث إلى قدرة سياسة تطوير المنتج الصحي على دعم عملية تقديم الخدمة الصحية بالإضافة إلى تقديم خدمات صحية جديدة وابتكار أساليب جديدة للعلاج و تحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة و بالتالي زيادة الرضا لدى المستفيد من الخدمة الصحية .

ب) **مقدمي الخدمة الصحية** :

تم حساب معامل التحديد للمتغير المستقل الأول (سياسة تطوير جودة المنتج) والمتغير التابع (رضا العملاء) وذلك لتحديد القدرة التفسيرية للمتغير المستقل وكانت النتائج موضحة بالجدول (35) على النحو التالي:

جدول (35) معاملات الارتباط و التحديد لسياسة تطوير جودة الخدمة

تطوير الجودة : رضا العملاء	معامل الارتباط	معامل التحديد	معامل التحديد المعدل	الخطأ المعياري للتقدير
	0.635	0.403	0.401	0.451

حيث يبين الجدول (35) أن معامل الارتباط بلغ (0.635) والذي يبين وجود علاقة ارتباط قوية بين سياسة تطوير جودة المنتج و رضا العملاء ، ومعامل التحديد بين المتغير المستقل والمتغير التابع بلغ

(0.403) ومعامل التحديد المعدل بلغ (0.401) وهذا يعني أن سياسة تطوير جودة المنتج تفسر ما مقداره (40.1%) من التغير الحاصل في رضا العملاء.

ولتحديد مدى صلاحية النموذج بمتغيره المستقل المتمثل بسياسة تطوير جودة المنتج للتنبؤ بالمتغير التابع المتمثل في رضا العملاء فقد تم إجراء تحليل التباين وكانت النتائج موضحة بالجدول (36) على النحو التالي:

جدول (36) دلالة النموذج الخطي لسياسة تطوير جودة الخدمة

	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى المعنوية
الانحدار	37.740	1	37.740	185.538	0.000
البواقي	55.936	270	0.203	–	–

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

يتضح من الجدول السابق صلاحية النموذج المستخدم في اختبار العلاقة التأثيرية لسياسة تطوير جودة المنتج في رضا العملاء، حيث بلغت قيمة (F= 185.538) بمستوى معنوية (0.000) وهي أقل من (0.05) ما يعني أن النموذج بمتغيره المستقل صالح للتنبؤ بقيم المتغير التابع.ولتحديد درجة تأثير سياسة تطوير جودة المنتج في تحقيق رضا العملاء كانت النتائج موضحة بالجدول (37) على النحو التالي:

جدول (37) معاملات الانحدار و الدلالة الاحصائية لسياسة تطوير جودة الخدمة

المتغير	T المحسوبة	T الجدولية	Sig.	الدلالة الإحصائية
سياسة تطوير الجودة	13.621	1.64	0.000	معنوية

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

يلاحظ من الجدول السابق أن قيمة t المحسوبة بلغت 13.621 وهي أكبر من القيمة الجدولية والتي تبلغ 1.64 وكذلك نجد أن قيمة Sig قد بلغت 0.000 وهي أقل من 0.05 وهذا يدل على وجود أثر معنوي لسياسة تطوير جودة المنتج في تحقيق رضا العملاء وبناءً على ذلك يتم رفض فرضية العدمية و نقبل الفرضية البديلة التي تقول **(هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين سياسة تطوير جودة المنتج و بين رضا المستفيد من الخدمة الصحية)** .

نستنتج مما سبق أنه يمكن تحقيق زيادة في رضا المستفيد من الخدمة الصحية من خلال استخدام سياسة تطوير المنتج الصحي بنسبة 40.1% وذلك وفقاً لآراء مقدمي الخدمة الصحية و يعود ذلك بحسب رأي الباحث إلى قدرة سياسة تطوير المنتج الصحي على دعم عملية تقديم الخدمة الصحية بالإضافة إلى تقديم خدمات صحية جديدة وابتكار أساليب جديدة للعلاج و تحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة و بالتالي زيادة الرضا لدى المستفيد من الخدمة الصحية .

2- اختبار الفرضية الثانية:

تنص الفرضية العدمية:لا توجد علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين سياسة التسعير و بين رضا المستفيد من الخدمة.

تنص الفرضية البديلة: توجد علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين سياسة التسعير و بين رضا المستفيد من الخدمة.

أ) المستفيدون من الخدمة الصحية:

تم حساب معامل التحديد للمتغير المستقل الأول (سياسة التسعير) والمتغير التابع (رضا العملاء) وذلك لتحديد القدرة التفسيرية للمتغير المستقل وكانت النتائج موضحة بالجدول (38) على النحو التالي:

جدول (38) معاملات الارتباط و التحديد لسياسة التسعير

	معامل الارتباط	معامل التحديد	معامل التحديد المعدل	الخطأ المعياري للتقدير
التسعير رضا العملاء	0.754	0.568	0.567	0.589

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

حيث يبين الجدول (38) أن معامل الارتباط بلغ (0.754) والذي يبين وجود علاقة ارتباط قوية بين سياسة التسعير و رضا العملاء، معامل التحديد بين المتغير المستقل والمتغير التابع بلغ (0.568) ومعامل التحديد المعدل بلغ (0.567) وهذا يعني أن سياسة التسعير تفسر ما مقداره (56.7%) من التغير الحاصل في رضا العملاء.

ولتحديد مدى صلاحية النموذج بمتغيره المستقل المتمثل بسياسة التسعير للتنبؤ بالمتغير التابع المتمثل في رضا العملاء فقد تم إجراء تحليل التباين وكانت النتائج موضحة بالجدول (39) على النحو التالي:

جدول (39) دلالة النموذج الخطي لسياسة التسعير

	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى المعنوية
الانحدار	123.126	1	123.126	354.338	0.000
البواقي	93.472	270	0.347	–	–

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

يتضح من الجدول السابق صلاحية النموذج المستخدم في اختبار العلاقة التأثيرية لسياسة التسعير في رضا العملاء، حيث بلغت قيمة (F= 354.338) بمستوى معنوية (0.000) وهي أقل من (0.05) ما يعني أن النموذج بمتغيره المستقل صالح للتنبؤ بقيم المتغير التابع.ولتحديد درجة تأثير سياسة تطوير جودة المنتج في تحقيق رضا العملاء كانت النتائج موضحة بالجدول (40) على النحو التالي:

جدول(40) معاملات الانحدار والدلالة الاحصائية لسياسة التسعير

الدلالة الإحصائية	Sig.	T الجدولية	T المحسوبة	المتغير
معنوية	0.000	1.65	18.824	سياسة التسعير

* المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي

يلاحظ من الجدول السابق أن قيمة t المحسوبة بلغت 18.824 وهي أكبر من القيمة الجدولية والتي تبلغ 1.65 وكذلك نجد أن قيمة Sig قد بلغت 0.000 وهي أقل من 0.05 وهذا يدل على وجود أثر معنوي لسياسة تطوير جودة المنتج في تحقيق رضا العملاء. وبناءً على ذلك يتم رفض فرضية العدمية و نقبل الفرضية البديلة التي تقول (**هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين سياسة التسعير و بين رضا المستفيد من الخدمة الصحية**) .

نستنتج مما سبق أنه يمكن تحقيق زيادة في رضا المستفيد من الخدمة الصحية من خلال استخدام سياسة التسعير بنسبة 56.7% وذلك وفقاً لآراء المستفيدين من الخدمة الصحية و يعود ذلك بحسب رأي الباحث إلى قدرة سياسة التسعير على جذب المستفيد من الخدمة الصحية نظراً لحساسيته الشديدة اتجاه الأسعار فتقديم أسعار متميزة تؤدي إلى قدرة تنافسية من جهة و تساهم في زيادة رضا المستفيد من الخدمة الصحية من جهة أخرى مع عدم المساس بجودة الخدمة الصحية المقدمة .

ب) مقدمي الخدمة الصحية:

تم حساب معامل التحديد للمتغير المستقل الأول (سياسة التسعير) والمتغير التابع (رضا العملاء) وذلك لتحديد القدرة التفسيرية للمتغير المستقل وكانت النتائج موضحة بالجدول (41) على النحو التالي:

جدول (41) معاملات الارتباط و التحديد لسياسة التسعير

	معامل الارتباط	معامل التحديد	معامل التحديد المعدل	الخطأ المعياري للتقدير
التسعير رضا العملاء	0.718	0.516	0.514	0.406

* المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي

حيث يبين الجدول (41) أن معامل الارتباط بلغ (0.718) والذي يبين وجود علاقة ارتباط قوية بين سياسة التسعير و رضا العملاء،معامل التحديد بين المتغير المستقل والمتغير التابع بلغ (0.516) ومعامل التحديد المعدل بلغ (0.514) وهذا يعني أن سياسة التسعير تفسر ما مقداره (51.4%) من التغير الحاصل في رضا العملاء.

ولتحديد مدى صلاحية النموذج بمتغيره المستقل المتمثل بسياسة التسعير للتنبؤ بالمتغير التابع المتمثل في رضا العملاء فقد تم إجراء تحليل التباين وكانت النتائج موضحة بالجدول (42) على النحو التالي:

جدول (42) دلالة النموذج الخطي لسياسة التسعير

	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى المعنوية
الانحدار	48.313	1	48.313	292.888	0.000
البواقي	45.363	563	0.165	–	–

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

يتضح من الجدول السابق صلاحية النموذج المستخدم في اختبار العلاقة التأثيرية لسياسة التسعير في رضا العملاء، حيث بلغت قيمة (F= 292.888) بمستوى معنوية (0.000) وهي أقل من (0.05) ما يعني أن النموذج بمتغيره المستقل صالح للتنبؤ بقيم المتغير التابع.ولتحديد درجة تأثير سياسة التسعير في تحقيق رضا العملاء كانت النتائج موضحة بالجدول (43) على النحو التالي:

جدول (43) معاملات الانحدار و الدلالة الاحصائية لسياسة التسعير

المتغير	T المحسوبة	T الجدولية	Sig.	الدلالة الإحصائية
سياسة التسعير	17.114	1.64	0.000	معنوية

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

يلاحظ من الجدول السابق أن قيمة t المحسوبة بلغت 17.114 وهي أكبر من القيمة الجدولية والتي تبلغ 1.64 وكذلك نجد أن قيمة Sig قد بلغت 0.000 وهي أقل من 0.05 وهذا يدل على وجود أثر معنوي لسياسة تطوير جودة المنتج في تحقيق رضا العملاء وبناءً على ذلك يتم رفض فرضية العدمية و نقبل الفرضية البديلة التي تقول (**هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين سياسة التسعير و بين رضا المستفيد من الخدمة الصحية)** .

نستنتج مما سبق أنه يمكن تحقيق زيادة في رضا المستفيد من الخدمة الصحية من خلال استخدام سياسة التسعير بنسبة 51.4% وذلك وفقاً لآراء مقدمي الخدمة الصحية و يعود ذلك بحسب رأي الباحث إلى قدرة سياسة التسعير على جذب المستفيد من الخدمة الصحية نظراً لحساسيته الشديدة اتجاه الأسعار فتقديم أسعار متميزة تؤدي إلى قدرة تنافسية من جهة و تساهم في زيادة رضا المستفيد من الخدمة الصحية من جهة أخرى مع عدم المساس بجودة الخدمة الصحية المقدمة .

3- اختبار الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية العدمية:لا توجد علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين سياسة الإعلان و الترويج و بين رضا المستفيد من الخدمة.

تنص الفرضية البديلة: توجد علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين سياسة الإعلان و الترويج و بين رضا المستفيد من الخدمة.

أ) **المستفيدين من الخدمة الصحية:**

تم حساب معامل التحديد للمتغير المستقل الأول (سياسة الإعلان والترويج) والمتغير التابع (رضا العملاء) وذلك لتحديد القدرة التفسيرية للمتغير المستقل وكانت النتائج موضحة بالجدول (44) على النحو التالي:

جدول (44) معاملات الارتباط و التحديد لسياسة الإعلان والترويج

الإعلان والترويج رضا العملاء	معامل الارتباط	معامل التحديد	معامل التحديد المعدل	الخطأ المعياري للتقدير
	0.738	0.544	0.542	0.605

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

حيث يبين الجدول (44) أن معامل الارتباط بلغ (0.738) والذي يبين وجود علاقة ارتباط قوية بين سياسة الإعلان و الترويج و رضا العملاء ، ومعامل التحديد بين المتغير المستقل والمتغير التابع بلغ (0.544) ومعامل التحديد المعدل بلغ (0.542) وهذا يعني أن سياسة الإعلان والترويج تفسر ما مقداره (54.2%) من التغير الحاصل في رضا العملاء.

ولتحديد مدى صلاحية النموذج بمتغيره المستقل المتمثل بسياسة الإعلان والترويج للتنبؤ بالمتغير التابع المتمثل في رضا العملاء فقد تم إجراء تحليل التباين وكانت النتائج موضحة بالجدول (45) على النحو التالي:

جدول (45) دلالة النموذج الخطي لسياسة الاعلان والترويج

	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى المعنوية
الانحدار	117.814	1	117.814	320.822	0.000
البواقي	98.784	270	0.367	–	–

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

يتضح من الجدول السابق صلاحية النموذج المستخدم في اختبار العلاقة التأثيرية لسياسة الإعلان والترويج في رضا العملاء، حيث بلغت قيمة (F= 320.822) بمستوى معنوية (0.000) وهي أقل من (0.05) ما يعني أن النموذج بمتغيره المستقل صالح للتنبؤ بقيم المتغير التابع.ولتحديد درجة تأثير سياسة تطوير جودة المنتج في تحقيق رضا العملاء كانت النتائج موضحة بالجدول (46) على النحو التالي:

جدول (46) معاملات الانحدار و الدلالة الاحصائية لسياسة الاعلان والترويج

المتغير	T المحسوبة	T الجدولية	Sig.	الدلالة الإحصائية
سياسة الإعلان والترويج	17.912	1.65	0.000	معنوية

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

يلاحظ من الجدول السابق أن قيمة t المحسوبة بلغت 17.912 وهي أكبر من القيمة الجدولية والتي تبلغ 1.65 وكذلك نجد أن قيمة Sig قد بلغت 0.000 وهي أقل من 0.05 وهذا يدل على وجود أثر معنوي لسياسة الإعلان والترويج في تحقيق رضا العملاء وبناءً على ذلك يتم رفض فرضية العدمية و نقبل الفرضية البديلة التي تقول (**هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين سياسة الإعلان و الترويج و بين رضا المستفيد من الخدمة الصحية)** .

نستنتج مما سبق أنه يمكن تحقيق زيادة في رضا المستفيد من الخدمة الصحية من خلال استخدام سياسة الإعلان والنرويج بنسبة 54.2% وذلك وفقاً لآراء المستفيدين من الخدمة الصحية و يعود ذلك بحسب رأي الباحث إلى قدرة سياسة الإعلان والترويج على توعية و نشر الوعي الصحي لدى المستفيد من الخدمة الصحية إضافة إلى تعريفه بالخدمات التي تقوم بتقدمتها المستشفى، إضافة إلى دعم الصورة الذهنية للمستشفى .

ب) **مقدمي الخدمة الصحية** :

تم حساب معامل التحديد للمتغير المستقل الأول (سياسة الإعلان والترويج) والمتغير التابع (رضا العملاء) وذلك لتحديد القدرة التفسيرية للمتغير المستقل وكانت النتائج موضحة بالجدول (47) على النحو التالي:

جدول (47) معاملات الارتباط و التحديد لسياسة الاعلان والترويج

الإعلان والترويج رضا العملاء	معامل الارتباط	معامل التحديد	معامل التحديد المعدل	الخطأ المعياري للتقدير
	0.608	0.370	0.367	0.463

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

حيث يبين الجدول (47) أن معامل الارتباط بلغ (0.608) والذي يبين وجود علاقة ارتباط قوية بين سياسة الإعلان و الترويج و رضا العملاء ،ومعامل التحديد بين المتغير المستقل والمتغير التابع بلغ (0.370) ومعامل التحديد المعدل بلغ (0.367) وهذا يعني أن سياسة الإعلان والترويج تفسر ما مقداره (36.7%) من التغير الحاصل في رضا العملاء.

ولتحديد مدى صلاحية النموذج بمتغيره المستقل المتمثل بسياسة الإعلان والترويج للتنبؤ بالمتغير التابع المتمثل في رضا العملاء فقد تم إجراء تحليل التباين وكانت النتائج موضحة بالجدول (48) على النحو التالي:

جدول (48) دلالة النموذج الخطي لسياسة الاعلان والترويج

	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى المعنوية
الانحدار	34.617	1	34.617	161.190	0.000
البواقي	59.059	563	0.215	–	–

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

يتضح من الجدول السابق صلاحية النموذج المستخدم في اختبار العلاقة التأثيرية لسياسة الإعلان والترويج في رضا العملاء، حيث بلغت قيمة (F= 161.190) بمستوى معنوية (0.000) وهي أقل من (0.05) ما يعني أن النموذج بمتغيره المستقل صالح للتنبؤ بقيم المتغير التابع.ولتحديد درجة تأثير سياسة الإعلان والترويج في تحقيق رضا العملاء كانت النتائج موضحة بالجدول (49) على النحو التالي:

جدول (49) معاملات الانحدار و الدلالة الاحصائية لسياسة الاعلان والترويج

المتغير	T المحسوبة	T الجدولية	Sig.	الدلالة الإحصائية
سياسة الإعلان والترويج	12.696	1.64	0.000	معنوية

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

يلاحظ من الجدول السابق أن قيمة t المحسوبة بلغت 12.696 وهي أكبر من القيمة الجدولية والتي تبلغ 1.64 وكذلك نجد أن قيمة Sig قد بلغت 0.000 وهي أقل من 0.05 وهذا يدل على وجود أثر معنوي لسياسة الإعلان والترويج في تحقيق رضا العملاء. وبناءً على ذلك يتم رفض فرضية العدمية و نقبل الفرضية البديلة التي تقول (**هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين سياسة الإعلان و الترويج و بين رضا المستفيد من الخدمة الصحية**) .

نستنتج مما سبق أنه يمكن تحقيق زيادة في رضا المستفيد من الخدمة الصحية من خلال استخدام سياسة الإعلان والنرويج بنسبة 36.7% وذلك وفقاً لآراء مقدمي الخدمة الصحية و يعود ذلك بحسب رأي الباحث إلى قدرة سياسة الإعلان والترويج على توعية و نشر الوعي الصحي لدى المستفيد من الخدمة الصحية إضافة إلى تعريفه بالخدمات التي تقوم بتقدمتها المستشفى إضافة إلى دعم الصورة الذهنية للمستشفى .

4- اختبار الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية العدمية:لا توجد علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين سياسة التوزيع و بين رضا المستفيد من الخدمة.

تنص الفرضية البديلة: توجد علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين سياسة التوزيع و بين رضا المستفيد من الخدمة.

أ)المستفيدين من الخدمة الصحية:

تم حساب معامل التحديد للمتغير المستقل الأول (سياسة التوزيع) والمتغير التابع (رضا العملاء) وذلك لتحديد القدرة التفسيرية للمتغير المستقل وكانت النتائج موضحة بالجدول (50) على النحو التالي:

جدول (50) معاملات الارتباط و التحديد لسياسة التوزيع

	معامل الارتباط	معامل التحديد	معامل التحديد المعدل	الخطأ المعياري للتقدير
التوزيع رضا العملاء	0.770	0.592	0.591	0.573

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

حيث يبين الجدول (50) أن معامل الارتباط بلغ (0.770) والذي يبين وجود علاقة ارتباط قوية بين سياسة التوزيع و رضا العملاء،ومعامل التحديد بين المتغير المستقل والمتغير التابع بلغ (0.592) ومعامل التحديد المعدل بلغ (0.591) وهذا يعني أن سياسة التوزيع تفسر ما مقداره (59.1%) من التغير الحاصل في رضا العملاء.

ولتحديد مدى صلاحية النموذج بمتغيره المستقل المتمثل بسياسة التوزيع للتنبؤ بالمتغير التابع المتمثل في رضا العملاء فقد تم إجراء تحليل التباين وكانت النتائج موضحة بالجدول (51) على النحو التالي:

جدول (51) دلالة النموذج الخطي لسياسة التوزيع

	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى المعنوية
الانحدار	128.266	1	128.266	390.616	0.000
البواقي	88.332	270	0.328	–	–

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

يتضح من الجدول السابق صلاحية النموذج المستخدم في اختبار العلاقة التأثيرية لسياسة التوزيع في رضا العملاء، حيث بلغت قيمة (F= 390.616) بمستوى معنوية (0.000) وهي أقل من (0.05) ما

يعني أن النموذج بمتغيره المستقل صالح للتنبؤ بقيم المتغير التابع.ولتحديد درجة تأثير سياسة التوزيع في تحقيق رضا العملاء كانت النتائج موضحة بالجدول (52) على النحو التالي:

جدول (52) معاملات الانحدار و الدلالة الإحصائية لسياسة التوزيع

المتغير	T المحسوبة	T الجدولية	Sig.	الدلالة الإحصائية
سياسة التوزيع	19.764	1.65	0.000	معنوية

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

يلاحظ من الجدول السابق أن قيمة t المحسوبة بلغت 19.764 وهي أكبر من القيمة الجدولية والتي تبلغ 1.65 وكذلك نجد أن قيمة Sig قد بلغت 0.000 وهي أقل من 0.05 وهذا يدل على وجود أثر معنوي لسياسة التوزيع في تحقيق رضا العملاء وبناءً على ذلك يتم رفض فرضية العدمية و نقبل الفرضية البديلة التي تقول (**هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين سياسة التوزيع و بين رضا المستفيد من الخدمة الصحية**) .

نستنتج مما سبق أنه يمكن تحقيق زيادة في رضا المستفيد من الخدمة الصحية من خلال استخدام سياسة التوزيع بنسبة 59.1% وذلك وفقاً لآراء المستفيدين من الخدمة الصحية و يعود ذلك بحسب رأي الباحث إلى قدرة سياسة التوزيع في زيادة رضا المستفيد من الخدمة الصحية من خلال تقسيم المستشفى وفق الاختصاصات الطبية و توفير خدمة العيادات الخارجية إضافة إلى خدمة الأمراض الموسمية.

ب) **مقدمي الخدمة الصحية** :

تم حساب معامل التحديد للمتغير المستقل الأول (سياسة التوزيع) والمتغير التابع (رضا العملاء) وذلك لتحديد القدرة التفسيرية للمتغير المستقل وكانت النتائج موضحة بالجدول (53) على النحو التالي:

جدول (53) معاملات الارتباط و التحديد لسياسة التوزيع

	معامل الارتباط	معامل التحديد	معامل التحديد المعدل	الخطأ المعياري للتقدير
التوزيع رضا العملاء	0.674	0.455	0.453	0.431

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

حيث يبين الجدول (53) أن معامل الارتباط بلغ (0.674) والذي يبين وجود علاقة ارتباط قوية بين سياسة التوزيع و رضا العملاء ، ومعامل التحديد بين المتغير المستقل والمتغير التابع بلغ (0.455)

ومعامل التحديد المعدل بلغ (0.453) وهذا يعني أن سياسة التوزيع تفسر ما مقداره (45.3%) من التغير الحاصل في رضا العملاء.

ولتحديد مدى صلاحية النموذج بمتغيره المستقل المتمثل بسياسة التوزيع للتنبؤ بالمتغير التابع المتمثل في رضا العملاء فقد تم إجراء تحليل التباين وكانت النتائج موضحة بالجدول (54) على النحو التالي:

جدول (54) دلالة النموذج الخطي لسياسة التوزيع

	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى المعنوية
الانحدار	42.586	1	139.27842.586	229.222	0.000
البواقي	51.090	563	0.186	–	–

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

يتضح من الجدول السابق صلاحية النموذج المستخدم في اختبار العلاقة التأثيرية لسياسة التوزيع في رضا العملاء، حيث بلغت قيمة (F=229.222) بمستوى معنوية (0.000) وهي أقل من (0.05) ما يعني أن النموذج بمتغيره المستقل صالح للتنبؤ بقيم المتغير التابع.ولتحديد درجة تأثير سياسة التوزيع في تحقيق رضا العملاء كانت النتائج موضحة بالجدول (55) على النحو التالي:

جدول (55) معاملات الانحدار و الدلالة الاحصائية لسياسة التوزيع

المتغير	T المحسوبة	T الجدولية	Sig.	الدلالة الإحصائية
سياسة التوزيع	15.140	1.64	0.000	معنوية

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

يلاحظ من الجدول السابق أن قيمة t المحسوبة بلغت 15.140 وهي أكبر من القيمة الجدولية والتي تبلغ 1.64 وكذلك نجد أن قيمة Sig قد بلغت 0.000 وهي أقل من 0.05 وهذا يدل على وجود أثر معنوي لسياسة التوزيع في تحقيق رضا العملاء. وبناءً على ذلك يتم رفض فرضية العدمية و نقبل الفرضية البديلة التي تقول (**هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين سياسة التوزيع و بين رضا المستفيد من الخدمة الصحية**) .

نستنتج مما سبق أنه يمكن تحقيق زيادة في رضا المستفيد من الخدمة الصحية من خلال استخدام سياسة التوزيع بنسبة 45.3% وذلك وفقاً لآراء مقدمي الخدمة الصحية و يعود ذلك بحسب رأي الباحث إلى قدرة سياسة التوزيع في زيادة رضا المستفيد من الخدمة الصحية من خلال تقسيم المستشفى وفق الاختصاصات الطبية و توفير خدمة العيادات الخارجية إضافة إلى خدمة الأمراض الموسمية.

5- اختبار الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية العدمية:لا توجد علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين التدريب و التحفيز الموظفين و بين رضا المستفيد من الخدمة.

تنص الفرضية البديلة: توجد علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين التدريب و التحفيز الموظفين و بين رضا المستفيد من الخدمة.

أ) المستفيدين من الخدمة الصحية:

تم حساب معامل التحديد للمتغير المستقل الأول (سياسة التدريب والتحفيز) والمتغير التابع (رضا العملاء) وذلك لتحديد القدرة التفسيرية للمتغير المستقل وكانت النتائج موضحة بالجدول (56) على النحو التالي:

جدول (56) معاملات الارتباط و التحديد لسياسة التدريب والتحفيز

	معامل الارتباط	معامل التحديد	معامل التحديد المعدل	الخطأ المعياري للتقدير
التدريب والتحفيز رضا العملاء	0.765	0.586	0.584	0.577

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

حيث يبين الجدول (56) أن معامل الارتباط بلغ (0.765) والذي يبين وجود علاقة ارتباط قوية بين سياسة التدريب و التحفيز و رضا العملاء،ومعامل التحديد بين المتغير المستقل والمتغير التابع بلغ (0.586) ومعامل التحديد المعدل بلغ (0.584) وهذا يعني أن سياسة التدريب والتحفيز تفسر ما مقداره (58.4%) من التغير الحاصل في رضا العملاء.

ولتحديد مدى صلاحية النموذج بمتغيره المستقل المتمثل بسياسة التدريب والتحفيز للتنبؤ بالمتغير التابع المتمثل في رضا العملاء فقد تم إجراء تحليل التباين وكانت النتائج موضحة بالجدول (57) على النحو التالي:

جدول (57) دلالة النموذج الخطي لسياسة التدريب والتحفيز

	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى المعنوية
الانحدار	128.856	1	128.856	380.248	0.000
البواقي	89.742	270	0.334	–	–

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

يتضح من الجدول السابق صلاحية النموذج المستخدم في اختبار العلاقة التأثيرية لسياسة التدريب والتحفيز في رضا العملاء، حيث بلغت قيمة (F= 380.248) بمستوى معنوية (0.000) وهي أقل من (0.05) ما يعني أن النموذج بمتغيره المستقل صالح للتنبؤ بقيم المتغير التابع.ولتحديد درجة تأثير

سياسة التدريب والتحفيز في تحقيق رضا العملاء كانت النتائج موضحة بالجدول (58) على النحو التالي:

جدول (58) معاملات الانحدار و الدلالة الإحصائية لسياسة التدريب والتحفيز

المتغير	T المحسوبة	T الجدولية	Sig.	الدلالة الإحصائية
سياسة التدريب والتحفيز	19.500	1.65	0.000	معنوية

يلاحظ من الجدول السابق أن قيمة t المحسوبة بلغت 19.500 وهي أكبر من القيمة الجدولية والتي تبلغ 1.65 وكذلك نجد أن قيمة Sig قد بلغت 0.000 وهي أقل من 0.05 وهذا يدل على وجود أثر معنوي لسياسة التدريب والتحفيز في تحقيق رضا العملاء. وبناءً على ذلك يتم رفض فرضية العدمية و نقبل الفرضية البديلة التي تقول (**هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين سياسة التدريب و التحفيز و بين رضا المستفيد من الخدمة الصحية) .**

نستنتج مما سبق أنه يمكن تحقيق زيادة في رضا المستفيد من الخدمة الصحية من خلال استخدام سياسة التدريب و التحفيز بنسبة 58.4% وذلك وفقاً لآراء المستفيدين من الخدمة الصحية و يعود ذلك بحسب رأي الباحث إلى قدرة سياسة التدريب و التحفيز على دعم ورفع الروح المعنوية و زيادة الحماس في نفوس مقدمي الخدمة الصحية مما ينعكس إيجابا على طريقة تأديتهم للخدمة الصحية و بالتالي زيادة الرضا لدى المستفيد من الخدمة الصحية .

ب) مقدمي الخدمة الصحية :

تم حساب معامل التحديد للمتغير المستقل الأول (سياسة التدريب والتحفيز) والمتغير التابع (رضا العملاء) وذلك لتحديد القدرة التفسيرية للمتغير المستقل وكانت النتائج موضحة بالجدول (59) على النحو التالي:

جدول (59) معاملات الارتباط و التحديد لسياسة التدريب والتحفيز

التدريب والتحفيز رضا العملاء	معامل الارتباط	معامل التحديد	معامل التحديد المعدل	الخطأ المعياري للتقدير
	0.721	0.520	0.518	0.404

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

حيث يبين الجدول (59) أن معامل الارتباط بلغ (0.721) والذي يبين وجود علاقة ارتباط قوية بين سياسة التدريب و التحفيز و رضا العملاء ، ومعامل التحديد بين المتغير المستقل والمتغير التابع بلغ

(0.520) ومعامل التحديد المعدل بلغ (0.518) وهذا يعني أن سياسة التدريب والتحفيز تفسر ما مقداره (51.8%) من التغير الحاصل في رضا العملاء.ولتحديد مدى صلاحية النموذج بمتغيره المستقل المتمثل بسياسة التدريب والتحفيز للتنبؤ بالمتغير التابع المتمثل في رضا العملاء فقد تم إجراء تحليل التباين وكانت النتائج موضحة بالجدول (60) على النحو التالي:

جدول (60) دلالة النموذج الخطي لسياسة التدريب والتحفيز

	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى المعنوية
الانحدار	48.722	1	48.722	298.050	0.000
البواقي	44.954	563	0.163	–	–

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

يتضح من الجدول السابق صلاحية النموذج المستخدم في اختبار العلاقة التأثيرية لسياسة التدريب والتحفيز في رضا العملاء، حيث بلغت قيمة (F= 298.050) بمستوى معنوية (0.000) وهي أقل من (0.05) ما يعني أن النموذج بمتغيره المستقل صالح للتنبؤ بقيم المتغير التابع.ولتحديد درجة تأثير سياسة التدريب والتحفيز في تحقيق رضا العملاء كانت النتائج موضحة بالجدول (61) على النحو التالي:

جدول (61) معاملات الانحدار و الدلالة الاحصائية لسياسة التدريب والتحفيز

المتغير	T المحسوبة	T الجدولية	Sig.	الدلالة الإحصائية
سياسة التدريب والتحفيز	17.264	1.64	0.000	معنوية

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

يلاحظ من الجدول السابق أن قيمة t المحسوبة بلغت 17.264 وهي أكبر من القيمة الجدولية والتي تبلغ 1.64 وكذلك نجد أن قيمة Sig قد بلغت 0.000 وهي أقل من 0.05 وهذا يدل على وجود أثر معنوي لسياسة التدريب والتحفيز في تحقيق رضا العملاء وبناءً على ذلك يتم رفض فرضية العدمية و نقبل الفرضية البديلة التي تقول (**هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين سياسة التدريب و التحفيز و بين رضا المستفيد من الخدمة الصحية**) .

نستنتج مما سبق أنه يمكن تحقيق زيادة في رضا المستفيد من الخدمة الصحية من خلال استخدام سياسة التدريب و التحفيز بنسبة 51.8% وذلك وفقاً لآراء مقدمي الخدمة الصحية و يعود ذلك بحسب رأي الباحث إلى قدرة سياسة التدريب و التحفيز على دعم ورفع الروح المعنوية و زيادة الحماس في نفوس مقدمي الخدمة الصحية مما ينعكس إيجابا على طريقة تأديتهم للخدمة الصحية و بالتالي زيادة الرضا لدى المستفيد من الخدمة الصحية .

6- اختبار الفرضية السادسة:

تنص الفرضية العدمية:لا توجد علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين سياسة الدليل المادي و بين رضا المستفيد من الخدمة.

تنص الفرضية البديلة: توجد علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين سياسة الدليل المادي و بين رضا المستفيد من الخدمة.

أ) المستفيدين من الخدمة الصحية:

تم حساب معامل التحديد للمتغير المستقل الأول (سياسة الدليل المادي) والمتغير التابع (رضا العملاء) وذلك لتحديد القدرة التفسيرية للمتغير المستقل وكانت النتائج موضحة بالجدول (62) على النحو التالي:

جدول (62) معاملات الارتباط و التحديد لسياسة الدليل المادي

الدليل المادي رضا العملاء	معامل الارتباط	معامل التحديد	معامل التحديد المعدل	الخطأ المعياري للتقدير
	0.766	0.587	0.586	0.576

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

حيث يبين الجدول (62) أن معامل الارتباط بلغ (0.766) والذي يبين وجود علاقة ارتباط قوية بين سياسة الدليل المادي و رضا العملاء،ومعامل التحديد بين المتغير المستقل والمتغير التابع بلغ (0.587) ومعامل التحديد المعدل بلغ (0.586) وهذا يعني أن سياسة الدليل المادي تفسر ما مقداره (58.6%) من التغير الحاصل في رضا العملاء.

ولتحديد مدى صلاحية النموذج بمتغيره المستقل المتمثل بسياسة الدليل المادي للتنبؤ بالمتغير التابع المتمثل في رضا العملاء فقد تم إجراء تحليل التباين وكانت النتائج موضحة بالجدول (63) على النحو التالي:

جدول (63) دلالة النموذج الخطي لسياسة الدليل المادي

	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى المعنوية
الانحدار	127.206	1	127.206	382.793	0.000
البواقي	89.392	270	0.332	–	–

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

يتضح من الجدول السابق صلاحية النموذج المستخدم في اختبار العلاقة التأثيرية لسياسة الدليل المادي في رضا العملاء، حيث بلغت قيمة (F= 382.793) بمستوى معنوية (0.000) وهي أقل من (0.05)

ما يعني أن النموذج بمتغيره المستقل صالح للتنبؤ بقيم المتغير التابع.ولتحديد درجة تأثير سياسة الدليل المادي في تحقيق رضا العملاء كانت النتائج موضحة بالجدول (64) على النحو التالي:

جدول (64) معاملات الانحدار و الدلالة الاحصائية لسياسة الدليل المادي

المتغير	T المحسوبة	T الجدولية	Sig.	الدلالة الإحصائية
سياسة الدليل المادي	19.565	1.65	0.000	معنوية

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

يلاحظ من الجدول السابق أن قيمة t المحسوبة بلغت 19.565 وهي أكبر من القيمة الجدولية والتي تبلغ 1.65 وكذلك نجد أن قيمة Sig قد بلغت 0.000 وهي أقل من 0.05 وهذا يدل على وجود أثر معنوي لسياسة الدليل المادي في تحقيق رضا العملاء. وبناءً على ذلك يتم رفض فرضية العدمية و نقبل الفرضية البديلة التي تقول (**هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين سياسة الدليل المادي و بين رضا المستفيد من الخدمة الصحية**) .

نستنتج مما سبق أنه يمكن تحقيق زيادة في رضا المستفيد من الخدمة الصحية من خلال استخدام سياسة الدليل المادي بنسبة 58.6% وذلك وفقاً لآراء المستفيدين من الخدمة الصحية و يعود ذلك بحسب رأي الباحث إلى قدرة سياسة الدليل المادي جذب و دعم الصورة الذهنية للمستشفى لدى المستفيد من الخدمة الصحية .

ب) مقدمي الخدمة الصحية :

تم حساب معامل التحديد للمتغير المستقل الأول (سياسة الدليل المادي) والمتغير التابع (رضا العملاء) وذلك لتحديد القدرة التفسيرية للمتغير المستقل وكانت النتائج موضحة بالجدول (65) على النحو التالي:

جدول (65) معاملات الارتباط و التحديد لسياسة الدليل المادي

الدليل المادي رضا العملاء	معامل الارتباط	معامل التحديد	معامل التحديد المعدل	الخطأ المعياري للتقدير
	0.724	0.524	0.523	0.402

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

حيث يبين الجدول (65) أن معامل الارتباط بلغ (0.724) والذي يبين وجود علاقة ارتباط قوية بين سياسة الدليل المادي و رضا العملاء،ومعامل التحديد بين المتغير المستقل والمتغير التابع بلغ (0.524) ومعامل التحديد المعدل بلغ (0.523) وهذا يعني أن سياسة الدليل المادي تفسر ما مقداره (52.3%) من التغير الحاصل في رضا العملاء،ولتحديد مدى صلاحية النموذج بمتغيره المستقل المتمثل بسياسة الدليل المادي للتنبؤ بالمتغير التابع المتمثل في رضا العملاء فقد تم إجراء تحليل التباين وكانت النتائج موضحة بالجدول (66)على النحو التالي:

جدول (66) دلالة النموذج الخطي لسياسة الدليل المادي

	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى المعنوية
الانحدار	49.126	1	49.126	303.254	0.000
البواقي	44.549	563	0.162	–	–

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

يتضح من الجدول السابق صلاحية النموذج المستخدم في اختبار العلاقة التأثيرية لسياسة الدليل المادي في رضا العملاء، حيث بلغت قيمة (F= 303.254) بمستوى معنوية (0.000) وهي أقل من (0.05) ما يعني أن النموذج بمتغيره المستقل صالح للتنبؤ بقيم المتغير التابع.ولتحديد درجة تأثير سياسة الدليل المادي في تحقيق رضا العملاء كانت النتائج موضحة بالجدول (67) على النحو التالي:

جدول (67) معاملات الانحدار و الدلالة الاحصائية لسياسة الدليل المادي

المتغير	T المحسوبة	T الجدولية	Sig.	الدلالة الإحصائية
سياسة الدليل المادي	17.414	1.64	0.000	معنوية

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

يلاحظ من الجدول السابق أن قيمة t المحسوبة بلغت 17.414 وهي أكبر من القيمة الجدولية والتي تبلغ 1.64 وكذلك نجد أن قيمة Sig قد بلغت 0.000 وهي أقل من 0.05 وهذا يدل على وجود أثر معنوي لسياسة الدليل المادي في تحقيق رضا العملاء وبناءً على ذلك يتم رفض فرضية العدمية و نقبل الفرضية البديلة التي تقول **(هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين سياسة الدليل المادي و بين رضا المستفيد من الخدمة الصحية)** .

نستنتج مما سبق أنه يمكن تحقيق زيادة في رضا المستفيد من الخدمة الصحية من خلال استخدام سياسة الدليل المادي بنسبة 52.3% وذلك وفقاً لآراء مقدمي الخدمة الصحية و يعود ذلك بحسب رأي الباحث إلى قدرة سياسة الدليل المادي جذب و دعم الصورة الذهنية للمستشفى لدى المستفيد من الخدمة الصحية .

7- اختبار الفرضية السابعة:

تنص الفرضية العدمية:لا توجد علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين عملية تقديم الخدمة في المستشفى و بين رضا المستفيد من الخدمة.

تنص الفرضية البديلة: توجد علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين عملية تقديم الخدمة في المستشفى و بين رضا المستفيد من الخدمة.

أ) **المستفيدين من الخدمة الصحية:**

تم حساب معامل التحديد للمتغير المستقل الأول (سياسة عملية تقديم الخدمة الصحية) والمتغير التابع (رضا العملاء) وذلك لتحديد القدرة التفسيرية للمتغير المستقل وكانت النتائج موضحة بالجدول (68) على النحو التالي:

جدول (68) معاملات الارتباط و التحديد لسياسة عملية تقديم الخدمة

	معامل الارتباط	معامل التحديد	معامل التحديد المعدل	الخطأ المعياري للتقدير
عملية تقديم الخدمة رضا العملاء	0.800	0.641	0.639	0.537

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

حيث يبين الجدول (68) أن معامل الارتباط بلغ (0.800) والذي يبين وجود علاقة ارتباط قوية بين سياسة عملية تقديم الخدمة و رضا العملاء، ومعامل التحديد بين المتغير المستقل والمتغير التابع بلغ (0.641) ومعامل التحديد المعدل بلغ (0.639) وهذا يعني أن سياسة عملية تقديم الخدمة الصحية تفسر ما مقداره (63.9%) من التغير الحاصل في رضا العملاء.

ولتحديد مدى صلاحية النموذج بمتغيره المستقل المتمثل بسياسة عملية تقديم الخدمة الصحية للتنبؤ بالمتغير التابع المتمثل في رضا العملاء فقد تم إجراء تحليل التباين وكانت النتائج موضحة بالجدول (69) على النحو التالي:

جدول (69) دلالة النموذج الخطي لسياسة عملية تقديم الخدمة

	مجموع المربعات	**درجات الحرية**	**متوسط المربعات**	**قيمة F**	**مستوى المعنوية**
الانحدار	138.764	1	138.764	479.577	0.000
البواقي	77.834	270	0.289	–	–

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

يتضح من الجدول السابق صلاحية النموذج المستخدم في اختبار العلاقة التأثيرية لسياسة عملية تقديم الخدمة الصحية في رضا العملاء، حيث بلغت قيمة (F= 479.577) بمستوى معنوية (0.000) وهي

أقل من (0.05) ما يعني أن النموذج بمتغيره المستقل صالح للتنبؤ بقيم المتغير التابع.ولتحديد درجة تأثير سياسة عملية تقديم الخدمة الصحية في تحقيق رضا العملاء كانت النتائج موضحة بالجدول (70) على النحو التالي:

جدول (70) معاملات الانحدار و الدلالة الاحصائية لسياسة عملية تقديم الخدمة

المتغير	T المحسوبة	T الجدولية	Sig.	الدلالة الإحصائية
سياسة عملية تقديم الخدمة	21.899	1.65	0.000	معنوية

يلاحظ من الجدول السابق أن قيمة t المحسوبة بلغت 21.899 وهي أكبر من القيمة الجدولية والتي تبلغ 1.65 وكذلك نجد أن قيمة Sig قد بلغت 0.000 وهي أقل من 0.05 وهذا يدل على وجود أثر معنوي لسياسة عملية تقديم الخدمة الصحية في تحقيق رضا العملاء. وبناءً على ذلك يتم رفض فرضية العدمية و نقبل الفرضية البديلة التي تقول **(هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين سياسة عملية تقديم الخدمة و بين رضا المستفيد من الخدمة الصحية) .**

نستنتج مما سبق أنه يمكن تحقيق زيادة في رضا المستفيد من الخدمة الصحية من خلال استخدام سياسة تقديم الخدمة الصحية بنسبة 63.9% وذلك وفقاً لآراء المستفيدين من الخدمة الصحية و يعود ذلك بحسب رأي الباحث إلى قدرة سياسة عملية تقديم الخدمة الصحية إلى تحسين التواصل و الاستجابة لدى المستفيد من الخدمة الصحية .

ب) مقدمي الخدمة الصحية :

تم حساب معامل التحديد للمتغير المستقل الأول (سياسة عملية تقديم الخدمة الصحية) والمتغير التابع (رضا العملاء) وذلك لتحديد القدرة التفسيرية للمتغير المستقل وكانت النتائج موضحة بالجدول (71) على النحو التالي:

جدول (71) معاملات الارتباط و التحديد لسياسة عملية تقديم الخدمة

	معامل الارتباط	معامل التحديد	معامل التحديد المعدل	الخطأ المعياري للتقدير
عملية تقديم الخدمة رضا العملاء	0.688	0.473	0.471	0.423

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

حيث يبين الجدول (71) أن معامل الارتباط بلغ (0.688) والذي يبين وجود علاقة ارتباط قوية بين سياسة عملية تقديم الخدمة و رضا العملاء ،ومعامل التحديد بين المتغير المستقل والمتغير التابع بلغ (0.473) ومعامل التحديد المعدل بلغ (0.471) وهذا يعني أن سياسة عملية تقديم الخدمة الصحية تفسر ما مقداره (47.1%) من التغير الحاصل في رضا العملاء.

ولتحديد مدى صلاحية النموذج بمتغيره المستقل المتمثل بسياسة عملية تقديم الخدمة الصحية للتنبؤ بالمتغير التابع المتمثل في رضا العملاء فقد تم إجراء تحليل التباين وكانت النتائج موضحة بالجدول (72) على النحو التالي:

جدول (72) دلالة النموذج الخطي لسياسة عملية تقديم الخدمة

	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى المعنوية
الانحدار	44.292	1	44.292	246.645	0.000
البواقي	49.384	563	0.180	–	–

يتضح من الجدول السابق صلاحية النموذج المستخدم في اختبار العلاقة التأثيرية لسياسة عملية تقديم الخدمة الصحية في رضا العملاء، حيث بلغت قيمة (F= 246.645) بمستوى معنوية (0.000) وهي أقل من (0.05) ما يعني أن النموذج بمتغيره المستقل صالح للتنبؤ بقيم المتغير التابع.ولتحديد درجة تأثير سياسة عملية تقديم الخدمة الصحية في تحقيق رضا العملاء كانت النتائج موضحة بالجدول (73) على النحو التالي:

جدول (73) معاملات الانحدار و الدلالة الاحصائية لسياسة عملية تقديم الخدمة

المتغير	T المحسوبة	T الجدولية	Sig.	الدلالة الإحصائية
سياسة عملية تقديم الخدمة	15.705	1.64	0.000	معنوية

*** المصدر : إعداد الباحث بالاضافة إلى نتائج التحليل الاحصائي**

يلاحظ من الجدول السابق أن قيمة t المحسوبة بلغت 15.705 وهي أكبر من القيمة الجدولية والتي تبلغ 1.64 وكذلك نجد أن قيمة Sig قد بلغت 0.000 وهي أقل من 0.05 وهذا يدل على وجود أثر معنوي لسياسة عملية تقديم الخدمة الصحية في تحقيق رضا العملاء. وبناءً على ذلك يتم رفض فرضية العدمية و نقبل الفرضية البديلة التي تقول **(هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين سياسة عملية تقديم الخدمة و بين رضا المستفيد من الخدمة الصحية)** .

نستنتج مما سبق أنه يمكن تحقيق زيادة في رضا المستفيد من الخدمة الصحية من خلال استخدام سياسة تقديم الخدمة الصحية بنسبة 47.1% وذلك وفقاً لآراء مقدمي الخدمة الصحية و يعود ذلك بحسب رأي الباحث إلى قدرة سياسة عملية تقديم الخدمة الصحية إلى تحسين التواصل و الاستجابة لدى المستفيد من الخدمة الصحية .

المبحث الرابع
النتائج و التوصيات

سيتم في هذا المبحث مناقشة نتائج الدراسة و مقارنتها مع الدراسات السابقة ، بالإضافة إلى تقديم ملخص بالنتائج التي توصل إليها البحث من خلال الدراسة الميدانية التي تمت بالمستشفيات الخاصة في كل من محافظة دمشق و محافظة دير الزور ، بهدف قياس الأثر الذي يمكن أن يحدثه استخدام السياسات التسويقية في زيادة رضا المستفيد من الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة ، و من ثم تقديم مجموعة من التوصيات الكفيلة بتحقيق كفاءة و فاعلية لعملية استخدام السياسات التسويقية ، بالإضافة إلى اقتراح مجموعة من المواضيع البحثية المستقبلية التي يمكن أن تكمل و تغني موضوع البحث .

أولاً: مناقشة نتائج الدراسة مقارنة مع الدراسات السابقة :

بمراجعة النتائج السابقة التي تم استعراضها في ضوء المشكلة الأساسية لدراسة ونموذجها المقترح ، يتضح أن نتائج الدراسة قد أكدت تأثير المتغيرات المستقلة على المتغير التابع ، و هو ماعززته نتائج الاختبار (F) التي أكدت العلاقة التناسبية الطردية الموجبة بين متغيرات الدراسة المستقلة و المتغير التابع ، و يمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء الأهمية النسبية العالية التي أعطيت لكافة متغيرات الدراسة ، و ذلك من خلال المستفيدين من الخدمة الصحية الذين قد وجدوا في متغيرات سياسات التسويق السبعة مدخلاً متكاملاً لزيادة رضاهم و بنسب أعلى من وجهة نظر مقدمي الخدمة الصحية و تراوحت هذه النسب بين (64.2 – 54.2) بالنسبة للمستفيدين من الخدمة الصحية ، أما نسب مقدمي الخدمة الصحية فتراوحي بين (52.3 – 36.7) .

و قد دعمت نتائج اختبار الارتباط (R^2) نفس الاتجاه السابق من جهة إثبات الانحدار المتعدد و المتدرج لتأثير المتغيرات المستقلة على المتغير التابع ، و مدى أهميتها النسبية فقد بينت وجود علاقة ارتباط قوية بين متغيرات الدراسة السبعة المستقلة و المتغير التابع ، كما أن حصول كافة متغيرات الدراسة على قيم متقاربة نسبياً يمكن تفسيره بأن سياسات التسويق وفقاً لنموذج الدراسة قد شكلت منظومة متكاملة و مترابطة لا يمكن الاستغناء عن أجزاء منها .

1 -نتائج ديموغرافية:

أ- المستوى التعليمي: أظهرت الدراسة أن أغلب المستفيدين من الخدمة الصحية يتمتعون بمستوى تعليمي جيد حيث كانت نسبة حملة الشهادة الجامعية(37.64%) من عينة الدراسة.

ب- الوظيفة:أظهرت الدراسة أن أغلب المستفيدين من الخدمة الصحية هم من أصحاب المهن الحرة ونسبتهم (33.58%) وأصحاب المهن العلمية (24.72%) من عينة الدراسة.

ت- الخبرة: أظهرت الدراسة أن أغلب مقدمي الخدمة الصحية يتمتعون بخبرة أقل من 5 سنوات وكانت نسبتهم (26.59%) والذين يتمتعون بخبرة عالية جداً كانت نسبتهم(23.93%) من أفراد العينة.

ث- الدخل : أظهرت الدراسة أن أغلب المستفيدين من الخدمة الصحية كان دخلهم أقل من 20000 وبلغت نسبتهم (36.16%) و تليها فئة أكثر من 25000 وكانت نسبتهم (28.41%)

2- الأهمية النسبية لمتغيرات الدراسة بالنسبة لوجهة نظر المستفيدين من الخدمة الصحية جاء ترتيبها على النحو التالي :

1. سياسة تطوير المنتج الصحي: و هو المتغير المستقل الفرعي رقم واحد، وكانت نسبته في التأثير في رضا المستفيد من الخدمة تساوي (64.2%) .
2. سياسة عملية تقديم الخدمة الصحية: وهو المتغير المستقل الفرعي رقم سبعة، و كانت نسبته في التأثير في رضا المستفيد من الخدمة الضحية تساوي (63.9%) .
3. سياسة التوزيع: و هو المتغير المستقل الفرعي رقم أربعة، و كانت نسبته في التأثير في رضا المستفيد من الخدمة الصحية تساوي (59.1%) .
4. سياسة الدليل المادي: و هو المتغير المستقل الفرعي رقم ستة، و كانت نسبته في التأثير في رضا المستفيد من الخدمة الصحية تساوي (58.6%) .
5. سياسة التدريب و التحفيز : و هو المتغير المستقل الفرعي رقم ثلاثة ، و كانت نسبته في التأثير في رضا المستفيد من الخدمة الصحية تساوي (58.4%) .
6. سياسة التسعير : و هو المتغير المستقل الفرعي رقم اثنين ، و كانت نسبته في التأثير في رضا المستفيد من الخدمة الصحية تساوي (56.7%) .
7. سياسة الإعلان و الترويج: و هو المتغير المستقل الفرعي رقم ثلاثة ، و كانت نسبته في التأثير في رضا المستفيد من الخدمة الصحية تساوي (54.2%) .

3- الأهمية النسبية لمتغيرات الدراسة بالنسبة لوجهة نظر مقدمي الخدمة الصحية جاء ترتيبها على النحو التالي:

1. سياسة الدليل المادي: و هو المتغير المستقل الفرعي رقم ستة، و كانت نسبته في التأثير في رضا المستفيد من الخدمة الصحية تساوي (52.3%) .
2. سياسة التدريب و التحفيز : و هو المتغير المستقل الفرعي رقم ثلاثة ، و كانت نسبته في التأثير في رضا المستفيد من الخدمة الصحية تساوي (51.8%)
3. سياسة التسعير : و هو المتغير المستقل الفرعي رقم اثنين ، و كانت نسبته في التأثير في رضا المستفيد من الخدمة الصحية تساوي (51.4%) .

4. سياسة عملية تقديم الخدمة الصحية: وهو المتغير المستقل الفرعي رقم سبعة ، و كانت نسبته في التأثير في رضا المستفيد من الخدمة الضحية تساوي (47.1%) .
5. سياسة التوزيع: و هو المتغير المستقل الفرعي رقم أربعة، و كانت نسبته في التأثير في رضا المستفيد من الخدمة الصحية تساوي (45.3%) .
6. سياسة تطوير جودة المنتج الصحي: و هو المتغير المستقل الفرعي رقم واحد، وكانت نسبته في التأثير في رضا المستفيد من الخدمة تساوي (40.1%) .
7. سياسة الإعلان و الترويج: و هو المتغير المستقل الفرعي رقم ثلاثة، و كانت نسبته في التأثير في رضا المستفيد من الخدمة الصحية تساوي (36.7%) .

و في ضوء هذا الترتيب الذي حصلت عليه متغيرات الدراسة ، فإنه يمكن القول بأن المستفيدين من الخدمة الصحية و مقدمي الخدمة الصحية قد اتفقوا على قلة الأهمية النسبية لسياسة الإعلان مقارنة بباقي السياسات التسويقية ،وبصورة إجمالية يمكن القول بأن هذه النتائج التي توصلت إليها الدراسة الميدانية ،تلتقي مع القليل من الدراسات السابقة و أيضاً مع الإطار النظري لدراسة سواءً على مستوى تنظيم و تفعيل إدارة التسويق ، أم على مستوى استخدام السياسات التسويقية في المستشفيات الخاصة . وقد جاءت هذه الدراسة متماشية مع دراسة(**دعابسة خيرو ، 1995**) من حيث الاهتمام بعملية تقديم الخدمة و تطوير المنتج الصحي و أهم نقطة اشتراك بينهما كانت تدريب و تثقيف مقدمي الخدمة الصحية و كل ذلك ينصب في زيادة رضا المستفيد من الخدمة الصحية .

و دراسة (**ياسر العدوان ، عبدالحليم احمد ، 1997**) حيث تشاركت الدراستان بأن مستوى الرضا عن الخدمات الطبية المقدمة يرتبط بعوامل منها نظافة المستشفى ، نوع المستشفى واهتمام الطبيب ، طول فترة الانتظار بالإضافة إلى المعاملة الجيدة من قبل موظفي المستشفى و هذا مايقابله سياسة عملية تقيم الخدمة الصحية و سياسة تطوير المنتج الصحي و سياسة الدليل المادي ، و التي بينت الدراسة أن لها تأثير طردي و مباشر في زيادة رضا المستفيد من الخدمة الصحية.

دراسة (**محمد الجاسم ، 2004**) حيث أظهرت الدراسة أن رضا المستفيدين من الخدمة الصحية يتعلق بإجراءات تصحيح الخطأ أكثر من المواقف المؤدية إليه إضافة إلى أن للمستوى التعليمي تأثير بالأفراد فيما يتعلق باتجاهاتهم نحو إجراءات تصحيح الأخطاء المؤدية للحوادث و نتائج هذه الدراسة تتماشى مع الدراسة الميدانية للبحث من حيث سياسة عملية تقديم الخدمة التي تؤكد على ضرورة الاستجابة لشكاوي المستفيدين من الخدمة الصحية إضافة إلى أن الدراسة بينت أن أغلب مستخدمي الخدمة الصحية هم من الطبقة المثقفة حيث بلغت نسبتها (40.78) من حملت الشهادة الجامعية .

دراسة (**فايز نصيرات ، 1998**) حيت تتماشى هذه الدراسة مع الدراسة الميدانية لبحث من حيث تركيز المستفيدين من الخدمة الصحية على جودة الخدمة الصحية ، و الخدمات الإضافية الأخرى المقدمة مثل خدمة الطوارئ ، و البنية الداخلية و الخارجية للمستشفى و هذا ما يتماشى مع سياسة تطوير جودة

الخدمة الصحية ، و سياسة التوزيع و سياسة الدليل المادي حيث أثبتت الدراستان أن لهما أثر كبير في زيادة رضا المستفيد من الخدمة الصحية

دراسة (**تيسير العفاشات ، 2001**) حيث توصلت هذه الدراسة إلى أ، الاهتمام برضا الزبون له أهمية كبيرة و الذي يكون مقترن بجودة الخدمة في المصارف ، و توصلت الدراسة إلى أن توليفة الإستراتيجية التسويقية تختلف من مصرف إلى آخر و هذا يتماشى مع ما وصلت إليه الدراسة الميدانية للبحث من حيث الاهتمام بسياسة تطوير جودة الخدمة الصحية و تأكيد الدراسة على استخدام مجموعة السياسات التسويقية و ذلك بهدف زيادة رضا المستفيد من الخدمة الصحية .

دراسة (**الزعبي ، علي فلاح مفلح ، 2006**) حيث أكدت الدراسة على أن أهمية استخدام السياسات التسويقية في شركات القطاع الخاص الأردني ، كما أثبتت أثر هذه الدراسات مجتمعة على استراتيجيات التسويق المتبعة في تلك الشركات و ركزت الاهتمام على سياسة التوزيع و سياسة الإعلان و الترويج إضافة إلى سياسة تطوير المنتج ، وهذا يتماشى مع ما توصلت إليه الدراسة الميدانية للبحث من حيث أثر سياسة تطوير جودة الخدمة الصحية و سياسة توزيع و سياسة الإعلان و الترويج في زيادة رضا المستفيد من الخدمة الصحية .

دراسة (**صالح الجريري ، عمرو كرامة ، 2006**) حيث توصلت الدراسة إلى أن هناك علاقة بين جودة الخدمات و رضا الزبون ، إضافة إلى أنها توصلت إلى أن التركيز على تحسين العمليات الداخلية في جميع الأقسام لكي تضمن تسليم خدمات عالية الجودة و بالتالي وزيادة رضا الزبون ، وهذا يتماشى مع ما توصلت إليه الدراسة الميدانية للبحث من حيث أثر سياسة تطوير جودة المنتج الصحي و سياسة عملية تقديم الخدمة الصحية على زيادة رضا المستفيد من الخدمة الصحية .

دراسة (**هنادي عطية ، 2006**) حيث توصلت هذه الدراسة أنه لاتوجد إدارات خاصة بالتسويق في مشافي البحث ، التركيز على مهارة مقدم الخدمة و الصورة الذهنية للمستشفى عند إضافة أي خدمة ، ويعان يبعض الأطباء من وجود قلة تعاون فيما بينهم ، يواجه الكادر التمريضي مشكلات متعددة مع الإدارة و الأطباء ، تدريب الموظفين على أسس معاملة المراجعين و المرضى وهذا يتماشى مع ما توصلت إليه الدراسة الميدانية من حيث أثر سياسة عملية تقديم الخدمة و سياسة تطوير جودة الخدمة الصحية و سياسة التدريب و التحفيز في تطوير الخدمة الصحية و بالتالي زيادة رضا المستفيد من الخدمة الصحية .

ثانياً : نتائج الدراسة :

و بناءً على الدراسة الميدانية يمكن تلخيص نتائج الدراسة بالتالي :

1. إن تطبيق سياسة تطوير جودة الخدمة الصحية تؤثر تأثيراً طردياً ايجابياً بزيادة رضا المستفيدين من الخدمة الصحية بنسبة (64.2%) من وجهة نظر المستفيدين من الخدمة الصحية ، و بنسبة (40.1%) من وجهة نظر مقدمي الخدمة الصحية .
2. إن تطبيق سياسة التسعير تؤثر تأثيراً طردياً ايجابياً بزيادة رضا المستفيدين من الخدمة الصحية بنسبة (56.7%) من وجهة نظر المستفيدين من الخدمة الصحية ، و بنسبة (51.4%) من وجهة نظر مقدمي الخدمة الصحية .
3. إن تطبيق سياسة الإعلان و الترويج تؤثر تأثيراً طردياً ايجابياً بزيادة رضا المستفيدين من الخدمة الصحية بنسبة (54.2%) من وجهة نظر المستفيدين من الخدمة الصحية ، و بنسبة (36.7%) من وجهة نظر مقدمي الخدمة الصحية .
4. إن تطبيق سياسة التوزيع تؤثر تأثيراً طردياً ايجابياً بزيادة رضا المستفيدين من الخدمة الصحية بنسبة (59.1%) من وجهة نظر المستفيدين من الخدمة الصحية ، و بنسبة (45.3%) من وجهة نظر مقدمي الخدمة الصحية .
5. إن تطبيق سياسة التدريب و التحفيز تؤثر تأثيراً طردياً ايجابياً بزيادة رضا المستفيدين من الخدمة الصحية بنسبة (58.4%) من وجهة نظر المستفيدين من الخدمة الصحية ، و بنسبة (51.8%) من وجهة نظر مقدمي الخدمة الصحية .
6. إن تطبيق سياسة الدليل المادي تؤثر تأثيراً طردياً ايجابياً بزيادة رضا المستفيدين من الخدمة الصحية بنسبة (58.6%) من وجهة نظر المستفيدين من الخدمة الصحية ، و بنسبة (52.3%) من وجهة نظر مقدمي الخدمة الصحية .
7. إن تطبيق سياسة عملية تقديم الخدمة الصحية تؤثر تأثيراً طردياً ايجابياً بزيادة رضا المستفيدين من الخدمة الصحية بنسبة (63.9%) من وجهة نظر المستفيدين من الخدمة الصحية ، و بنسبة (47.1%) من وجهة نظر مقدمي الخدمة الصحية .

ثالثاً : التوصيات :

في ضوء النتائج التي أسفرت عنها هذه الدراسة ، يوصي الباحث عدداً من التوصيات و التي يأمل أن تفيد المؤولين و المهتمين بموضوع الدراسة ، عن دور استخدام سياسات التسويقية في زيادة رضا المستفيد من الخدمة الصحية ، و ذلك كما يأتي :

1. ضرورة العمل على تطوير جودة الخدمة الصحية من خلال استخدام سياسة تطوير جودة الخدمة الصحية، و ذلك من أجل إشباع رغبات المستفيدين من الخدمة الصحية وتقديم خدمات صحية ذات مزايا و خصائص تلبي رغباتهم و بالتالي تزيد من رضاهم ، والاهتمام بسرعة الاستجابة للحالات المرضية الطارئة و العادية للمستفيدين من الخدمة الصحية ، وتوفير

المعدات الحديثة و الاهتمام المستمر بتطوير الأجهزة و المعدات الطبية المستخدمة في المستشفى بشكل يتماشى مع ما توصل إليه التطور التقني و التكنولوجي .

2. إعطاء أهمية لسياسة التسعير لما لها من دور في زيادة رضا المستفيدين من الخدمة الصحية ، و زيادة إقبالهم على طلب الخدمات الصحية العلاجية و الوقائية ، و ما يمكن تحقيقه من ميزة تنافسية من خلال استخدام أسعار تشجيعية ، وتحديد الأسعار بما يتناسب مع مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة ، و بما يتناسب مع الأجهزة الطبية المستخدمة .
3. التركيز على سياسة الإعلان و الترويج ، دون المساس بخصائص الخدمة الصحية ممن الناحية المهنية و الإنسانية ، بحيث تكون تلك الإعلانات والوسائل الترويجية تعتمد على مبدأ التعريف و مبدأ الإعلان التذكيري ، دون المساس بالنواحي الإنسانية و الشخصية ، والاستفادة من الكلمة المنطوقة بشكل يؤدي إلى الاستفادة بأقصى مدى كونها تشكل وسيلة إعلانية مجانية و لها مصداقية كبيرة لدى المستفيدين من الخدمة الصحية.
4. ينبغي على المستشفيات إتباع النماذج الحديثة و التصاميم المتطورة لتقسيم الداخلي للمستشفى و العمل على دمج و جمع الأقسام المرتبطة مع بعضها البعض بحيث تسهل عملية تقديم الخدمة الصحية من جهة ، و إظهار الأقسام المختلفة للمستشفى باستقلالية من جهة أخرى ، واستخدام الألوان المناسبة في زي مقدمي الخدمة مع استخدام شعار المشفى في الزي و التصاميم الداخلية بما يحقق الراحة النفسية للمستفيد من الخدمة الصحية ، وافتتاح قسم للأمراض الموسمية و تقديم خدمة المعالجة الوقائية لمثل هذه الأمراض .
5. تطوير الإبداع لدى العاملين من خلال جذب الأفراد المبدعين ، و تدريب العاملين على طرق الأداء و استخدام الأساليب الحديثة في تقديم الخدمة الصحية و توفير الدعم الكافي للعاملين من قبل الإدارة من أجل تحفيزهم لتقديم أفضل ما لديهم من خلال استخدام سياسة التدريب و التحفيز بمنهجية و خطة مسبقة .
6. ينبغي على المستشفيات إتباع التصاميم و النماذج الحديثة للبناء الخارجي للمستشفى بحيث يكون التصميم الخارجي للمستشفى جذاباً و يتمتع بالحيوية و الراحة النفسية إضافة إلى توفير مواقف للسيارات و استخدام شعار المستشفى في جميع التفاصيل الخاصة بها و استخدام الألوان التي تحقق الراحة النفسية بالإضافة إلى وضع اللوحات الإرشادية و الشاخصات بشكل مضاء و واضح ، واختيار المكان الملائم للمستشفى بحيث يسهل الوصول إليه ، بالإضافة إلى توفير مواقف للسيارات بشكل كافي و مريح .
7. تحسين التعامل الجيد مع المستفيدين من الخدمة الصحية من قبل كافة العاملين في المستشفى ابتداءً بموظفي الاستقبال و الكادر الطبي و التمريضي و الكادر الإداري ، وزرع روح التعاون و التفاهم و الانسجام بين كافة العاملين في المستشفى مما يؤدي إلى أداء الخدمة

الصحية بالشكل المناسب و الصحيح و بالسرعة المطلوبة مما يؤدي إلى زيادة ثقة المستفيد من الخدمة الصحية بالكادر الطبي والتمريضي ، كما ينبغي على المستشفيات تبني أساليب عمل و وضع خطط للعمل يجب أن يلتزم بها جميع العاملين من كادر طبي و إداري و تمريضي ، إضافة إلى وضع مايسمى خط سير المريض و الذي يكون واضح و معلوم للجميع، مع وضع الإجراءات الواجب إتباعها أثناء عملية تقديم الخدمة الصحية منذ اللحظة الأولى لدخول المستفيد من الخدمة الصحية و حتى تخريجه ، و يجب أن تكون هذه الأساليب و الخطط و الإجراءات مكتوبة و معروضة لجميع العاملين في المستشفى ، إضافة إلى ضرورة قيام المستشفى بمتابعة جميع الشكاوي التي تقدم إليها من المستفيدين من الخدمة الصحية بشكل مباشر و سريع ، مع وجود لائحة بالإجراءات التصحيحية بالنسبة للأخطاء الروتينية و المتوقعة حدوثها ، مع التزام الجميع بتنفيذها ، وأخيراً على إدارة المستشفى أن توازن بين سياسة تطوير جودة المنتج الصحي و سياسة الدليل المادي وأن توليهما اهتمام مميز كون نتائج التحليل الإحصائي أظهر أن الأهمية النسبية لسياسة تطوير جودة المنتج الصحي بالنسبة للمستفيد من الخدمة الصحية كانت ي الأولى و بنسبة (64.2%) بالإضافة إلى أن نتائج التحليل الإحصائي أظهر إلى أن الأهمية النسبية لسياسة الدليل المادي بالنسبة لمقدمي الخدمة الصحية كانت هي الأولى و بنسبة (52.3%).

رابعاً : الدراسات المستقبلية المقترحة :

من أجل إعطاء قيمة علمية و شاملة لنموذج دراسة السياسات التسويقية و الدور الذي يمكن أن تؤديه في زيادة رضا المستفيدين من الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة و إمكانية تطبيق هذا المدخل الفكري فعلياً في المستشفيات الخاصة يقترح الباحث القيام بالآتي :

1. إعادة اختبار نموذج الدراسة في المستشفيات الخاصة و مقارنتها في المستشفيات العامة .
2. إجراء الدراسة لكل متغير مستقل على حدا و تطبيقه على المستشفيات الخاصة .
3. إجراء دراسة مقارنة بين رضا مقدم الخدمة الصحية و تأثيره على مستوى رضا المستفيد من الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة.
4. إعادة اختبار نموذج الدراسة في المستشفيات الخاصة في الجمهورية العربية السورية و توسيع دائرة المجتمع الذي أجريت فيه الدراسة ، بإضافة محافظات أخرى و المقارنة بينها .

المراجع

أولاً - الكتب العربية :

- أبو قحف ، عبد السلام ، مبادئ التسويق ، الطبعة الأولى ، الدار الجامعية ، بيروت 2004
- أبو زيتون ، غازي فرحان ، خدمات الايواء في المستشفيات ، دار زهران ، عمان 1999
- أبو علفة ، عصام الدين أمين ، التسويق (جزء أول – أساسي) ، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع ، الاسكندرية ، 2002
- أدريان ، بالمير ، مبادئ تسويق الخدمات ، دار الرضا للنشر والتوزيع ، دمشق 2003 ترجمة محمد أيوب .
- إدريس ، ثابت عبد الرحمن ، بحوث التسويق ، الدار الجامعية للطبع والنشر، الاسكندرية 2003
- البكري ، ثامر ياسر ، إدارة المستشفيات ، دار اليازوي العلمية للنشر والتوزيع ، عمان 2005
- البكري ، ثامر ياسر ، استراتيجيات التسويق ، دار اليازوي العلمية للنشر والتوزيع ، عمان 2008
- البكري ، ثامر ياسر ، الاتصالات التسويقية و الترويج ، دار اليازوي العلمية للنشر والتوزيع ، عمان 2006
- البكري ، ثامر ياسر ، تسويق الخدمات الصحية ، دار اليازوي العلمية للنشر والتوزيع ، عمان 2005
- الدمرداش ، طلعت ابراهيم ، اقتصاديات الخدمة الصحية ، كلية التجارة ، جامعة الزقازيق ، مكتبة المدينة 1999
- الدوري ، زكريا المطلق ، الإدارة الاستراتيجية ، دار اليازوي العلمية للنشر و التوزيع ، عمان ، 2005
- الذهبي ، جاسم محمد ، مبادئ الإدارة الاسس النظرية وأهم القضايا التطبيقية ، الجزء الأول ، الطبعة الأولى، مطبعة العمال المركزية ، 2001
- السنقي ،عبدالله العريفي ،الإدارة ، مركز الأمين للنشر و التوزيع ،صنعاء،الطبعة الأولى ،2004
- الشاعر ،محمد أطرون ،مبادئ إدارة الأعمال،دار حامد للنشر و التوزيع ،عمان ،2003
- الصميدعي ، محمود جاسم محمد ، استراتيجيات التسويق ، دار الحامد للنشر والتوزيع ، عماد ، 2004
- الضمور ،هاني حامد،تسويق الخدمات ،دار حامد للنشر و التوزيع ،عمان ،2005
- الطائي ، حميد ، الأسس العلمية للتسويق الحديث ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع ، عمان 2006
- الطائي ، حميد عبد النبي ، قياس تقويمات وإجراءات التسويق الداخلي في صناعة الفنادق الأردنية من وجهة نظر العاملين ، دراسة ماجستير ، الأردن ، 2001
- العاصي ، شريف أحمد شريف ، التسويق النظرية والتطبيق ، (د.ن) القاهرة 2003
- العبد ، عاشور نعيم ، مبادئ التسويق ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع ، عمان 2006
- العلاق ، بشير عباس ، استراتيجيات التسويق ، دار زهران ، عمان ، 1999
- العلاق ، بشير عباس ، تسويق الخدمات (مدخل استراتيجي – وظيفي – تطبيقي) دار زهران ، عمان ، 1999
- المصري ، أحمد محمد ، إدارة المستشفيات ، مؤسسة شباب الجامعة ، الاسكندرية 1998
- النجار ، فريد ، إدارة المستشفيات وشركات الأدوية في ظل المنافسة ، المكتب العلمي للنشر والتوزيع ، الاسكندرية ، 1998

- بن سعيد ، خالد بن سعد عبد العزيز ، إدارة الجودة الشاملة : تطبيقات على القطاع الصحي ، جامعة الملك سعود ، الرياض ، 1997
- بواعنة ، عبد المهدي ، إدارة المستشفيات والخدمات الصحية ، دار الحامد للنشر والتوزيع ، عمان 2003
- بيكويث ، هاري ، اللمسات الخفية ، ترجمة مكتبة جرير ، الرياض ، الطبعة الأولى 2003
- خوجة ، توفيق بن أحمد ، المدخل في تحسين جودة الخدمات الصحية ، مجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون الخليجي ، الرياض ، 2005 فهرسة مكتب الملك فهد الوطني أثناء النشر الطبعة الثالثة .
- د. ناصر ، محمد ، د.ترجمان ، غياث ، تسويق الخدمات ، منشورات جامعة دمشق ، كلية الاقتصاد 2006
- دعبول ، محمد زاهر ، مبادئ تسويق الخدمات ، دار الرضا للنشر والتوزيع ، دمشق 2003
- زهران ، مضر ، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية ، دار زهران ، عمان ، 2006
- زياب ، صلاح محمود ، إدارة الخدمات الصحية ، (د ، ن) عماد 1995
- ساعاتي ، عبد الإله سيف الدين غازي ، مبادئ إدارة المستشفيات ، دار الفكر العربي ، طبعة أولى الرياض 1998
- سويدان ، نظام موسى ، التسويق مفاهيم معاصرة ، دار الحامد للنشر والتوزيع ، عمان ، 2003
- عارف،نادية، الإدارة الاستراتيجية ، الدار الجامعية للطباعة و النشر ،الطبعة الأولى ،بيروت ،2003
- عبد الرزاق ، محمد مصطفى ، تسويق الخدمات ، مرك جامعة القاهرة للتعليم المفتوح ، القاهرة ، 2004
- عبد القادر ، مصطفى ، تسويق السياسة والخدمات ، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع ، بيروت ، 2002
- عطية ، طاهر مرسي ، أساسيات التسويق الحديث ، (د ، ن) النسر الذهبي القاهرة ، 2004
- غنيم ، أحمد محمد ، إدارة المستشفيات : رؤية معاصرة ، المكتبة العصرية ، المنصورة ، 2006
- فزارة ، يوسف ، إدارة الخدمات الصحية والتمريضية ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع ، عمان ، 2002
- فلدستين ، بول ، اقتصاديات الرعاية الصحية ، ترجمة محمد حامد عبد الله ، جامعة الملك سعود ، الرياض ، 2002
- كوتلر ، فيليب ، التسويق ، دار علاء الدين للنشر والتوزيع ، دمشق، 2003
- مدكور ، فوزي ، تسويق الخدمات الصحية ، ايتراك للنشر والتوزيع ، القاهرة 1998
- منصور ، كاسر نصر ، ثقافة الخدمة المرتكزات والأخلاقيات ، دار الرضا للنشر والتوزيع ، دمشق 2003
- مولينيه ، رنيه ، المفاتيح العشرة للتسويق الناجح ، شعاع للنشر والعلوم ، حلب 2001
- هيوكوش ، إدارة الجودة الشاملة : تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية ، ترجمة طلال بن عايد الأحمدي ، معهد الإدارة العامة ، الرياض ، 2002
- ويستو ود ، جون ، إعداد خطط التسويق ، ترجمة مركز التغريب والبرمجة ، الدار العربية للعلوم ، بيروت ، 1999 .

ثانياً : البحوث المنشورة :

- الجريري ، صالح عمرو كرامة ، أثر التسويق الداخلي وجودة الخدمات في رضا الزبون ، أطروحة دكتوراة ، إشراف الدكتور علي ابراهيم الخضر ، جامعة دمشق 2006
- الزعبي ، علي فلاح مفلح ، الأفاق المستقبلي لاستراتيجيات التسويق المحلي والدولي في شركات القطاع الخاص الأردني ، أطروحة دكتورة ، اشراف الدكتور طارق الخير ، جامعة مشق ، 2006
- الصرن ، غزوة الحسين ، دور التخطيط الشبكي في تقويم المشروعات الخدمية ، رسالة ماجستير ، اشراف الدكتور سمير حجير ، الدكتور عبد الهادي الرفاعي ، جامعة تشرين ، اللاذقية ، 2004
- دعابسة ، خيرو ، العلاقة ما بين رضا المريض وتوقعاته عن الخدمات الطبية المقدمة له ، دراسة ميدانية ، جامعة الأردن للعلوم والتكنولوجيا ، عمان 1995 م
- العدوان ، ياسر ، عبد الحليم ، أحمد ، العوامل والتغيرات المرتبطة على الخدمات المقدمة في المستشفيات ، دراسة ميدانية
- العفيشات ، تيسير ، الجودة ورضا الزبون وأثرها في تحديد الاستراتيجيات التسويقية للخدمة المصرفية ، دراسة ماجستير ، دراسة تحليلية ، جامعة الأردن ، عمان 2001 .
- عطية ، هنادي رمضان ، إدارة تسويق الخدمات الطبية ، بالتطبيق على مشفى الأسد الجامعي باللاذقية ومشفى الباسل في طرطوس – رسالة ماجستير ، اشراف الدكتور محمد عباس ديوب ، جامعة تشرين ، اللاذقية 2006
- نصيرات ، فارس ، المعايير التي يستخدمها مستهلكو الخدمة الصحية (المرضى) عند اختيارهم للمشفى لتلقي العلاج في الأردن
- هويدي ، ماجدة ، سياسات التسويق الانترنيت في الأردن ، رسالة ماجستير ، جامعة الأردن ، عمان . 2002

ثالثاً: المراجع الأجنبية:

1- Alen,Karrel Jan, strategic Marketing,Mc Grow, Hill Book company inc, New York, 2007

2- BM Sakhrka, "Principles of Hospital administration and Planning" Jay pee ,1998.

3- Bowers MR, Kiefeci, "Comparing and Contrasting The medical and Marketing approaches" , Measuring health care quality , A M J of med quality , 2002.

4- Dayan,Armand , "Le marketing international", Presses Universitaire , Paris, 1999.

5- Davies ,Eric ,"Marketing in a week" , Hodder and stought , London , 2002.

6- Donabedin A , "Exploration in quality assessment and assurance in primary" , WHO offset publication No:105, WHO,Geneva, Switzerland , 1998

7-Gilligan , Collin & Lowe ,Roben , "Marketing and health care organization , 1st Ed , Oxford , Radicliffe Medical press , 1995.

8- Glynn , John J & Perkins , David A , "Managing health care , Challenge's Of the go's , WB , Saunders Co , Ltd , London , 1998.

9- Heshmat , Shah ram , Frame work for Market-Based Hospital Pricing Decision , 2nd Ed , The Haworth Press , 1993.

10- Roger Courtney , Strategic Management for Voluntary Non Profit Organization , Rout Ledge , 2002.

11- Hillestad ,Steven & Berkowitz , Eric , N , "Health care marketing Plans" , 2nd Ed , An Aspen Publishing , 1991.

12- Jensen J , "Marketing Hospital quality" , Topics in health care finance, 1991.
13- Khoury, Naaman ,"The confidence market " , Banque de Liban , Beirut , 1999.
14- Loudon , David ,"Marketing Management", Atlatic publishers and Distributors ,New Delhi , 2005.
15- Pateica R, Loubeau and Robert Jantzen , "The Effect of managed care on Hospital Marketing Orientation , Journal of Health care Management , 43:3May /June 1998
16- Robert , Carolyn , C & Bec , C.Eugen, "Marketing in small and Rural Hospitals Puplishing , Inc, 1989.
17- Sargeant , Adrian , "Markrting Management for Non Profit Organization " , Oxford University Press ,Oxford , New York ,2005.
18-Weber , Leonard ,"Profits Before People " , Indiana University , Bloomington , 2006.
19- West ,Douglas ,"Strategic Marketing" , Oxford University Press , Oxford , New York .2006.
20- Philip,Kotler,"Marketing management upper saladle river, New Jersey"Prenhce-Hall,Inc,2000.
21- Philip,Kotler,"Marketing management, New Jersey"Pearson Education,Inc(11th Edation),2005.
22- Kotler,Ph,Browen,J,&Markens,J,"Marketing for Hospitality and Tourism" Prentice-Hall,Inc,1999.
23- Palmer,A,"Principle of service Marketing",4th ed, McGraw-Hill Education (UK)Limited,2001 .
24- E.Drazen, "Patient Care Information Systems", Boston ,MA ,Arthur ,D. Litter ,1995
25- Love lock,Wirlz,"Services Marketing",Pearson Prentice Hall,New Jersy,2007
26- Barker,Lulic,"Health Care Planning",McGrow,HinBook company inc ,New York ,2005.
27- NE the ames,JH,"Health Servies" ,saunders Co,Ltd,London,2001 .
28- Solomon,Robertj, The physican manager's ,"Essential Business skills for succeeding in health care", An Aspen publication Gaitheraburg ,Mary land,1997.
29- Kotler Philip,Keller Kevin,"Maketing Management 12e" Pearson prentice Hall , New Jersy,2006.
30- Valarie A,Zeithanl, Mary Jo Bitner,Dwayne D,Gremler,"Services Marketing" Fourth Edition McGrow Hill Book company inc,New York,2006.

رابعاً : المواقع الالكترونية:

1) خالد محمد الثنيان: شخصيات العملاء ، 2006م،الانترنت:
http://www.shra.gov.sa/arabicsite/majalah71/derasa
2) دراسة في رضا العملاء: الانترنت
http://www.ngoce.org/content/ts2769.do0151
3) دراسة في رضا العملاء: الانترنت
http://www.ayadimn.kenanaonline.com
4) دراسة في سيسولوجيا الإدارة: مركز التميز للمنظمات الغير حكومية،الانترنت:
http://www.ngoce.org/content/ts2769.do0063

الملاحق

الملحق (1)

جامعة دمشق

كلية الاقتصاد

قسم إدارة الأعمال

استمارة بحث ميدإني

رقم (1)

استخدام السياسات التسويقية في زيادة رضى عملاء المنظمات الخدمية

(دراسة تطبيقية على المشافي الخاصة في دمشق و ديرالزور)

السيد / المحترم---------------:

السلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته ، وبعد :

إنطلاقاً من ضرورة ربط البحث العلمي بمتطلبات التنمية الاقتصادية و الاحتماعية ، وتحسين الخدمات الطبية الوقائية و العلاجية المقدمة في بلدنا ، قمنا بإعداد هذا البحث و ذلك للحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال في جامعة دمشق .

نرجو الإجابة على الأسئلة الواردة في هذا الاستبيإن بكل صدق و موضوعية ، علماً بأن الإجابة سوف تكون هامة جداً للوصول إلى نتائج موضوعية تخدم البحث العلمي و ذات قيمة علمية ، وإن البيإنات الواردة في هذا الاستبيإن سوف تعامل بسرية كاملة ، و تستخدم لأغراض البحث العلمي فقط .

مع جزيل الشكر و التقدير

الباحث

خالد وليد الهايس

الدكتور

محمد خالد الجاسم

أولاً: بيانات عامة: ***يرجى الاجابة على النقاط التالية بوضع إشارة(X) أمام الاجابة التي تراها مناسبة :***

1) الجنس :   ذكر (   )   انثى ( )

2) العمر : د

25-15 ( )   35-25 ( )   45-35 ( )   55-45 ( )   55 فأكثر( )

3) العمل :

موظف قطاع عام ( )   موظف قطاع خاص ( ) لايعمل ( )   مهنة علمية ( ) مهنة حرة ( )

4) الحالة التعليمية:

إعدادية ( )   ثانوية (   )   معهد (   )   جامعي ومافوق (   )   أمي (   )

5) الدخل :

أقل من 10000( )   أقل من 15000( )   أقل من 20000( )   أقل من 25000( )   أكثر من 25000(   )

ثانياً : يرجى الاجابة على النقاط التالية بوضع إشارة(X) أمام الاجابة التي تراها مناسبة :

المحور الأول : سياسة تطوير جودة الخدمة الصحية :

- إن تكلفة الخدمة المقدمة تتناسب مع جودة الخدمة المقدمة
موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )
- إن الغرف الخاصة بالمرضى والمعدة بشكل جيد تؤثر على اختيار المريض او ذويه للمشفى
موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )
- إن التجهيزات الطبية المتوافرة في المشفى تعد من أحدث الأجهزة الطبية
موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )
- إن وجود العيادات الخارجية دليل على جودة الخدمة الطبية
موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )
- إن سرعة استجابة المشفى للحالات الطارئة عامل أساسي في اختيار المشفى :
موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

المحور الثاني : سياسة التسعير :

- إن مستوى جودة الخدمة المقدمة في المشفى تبرر السعر المرتفع
موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )
- إن تكاليف العلاج في المشفى الخاص مقارنة مع الخدمة الطبية المقدمة مرتفعة
موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )
- إن تكلفة الخدمة المقدمة تتناسب مع الأجهزة المتوفرة
موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً( )
- إن تكلفة الخدمة المقدمة تتناسب مع كفاءة الكادر الطبي
موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )
- إن تكلفة العلاج الطبي هو عامل قوي باختيار المشفى
موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

المحور الثالث : سياسة الاعلان والترويج :

- الملصقات و البروشورات و حملات التوعية الصحية التي تقوم بها المشفى أثرت في اختيارك لها .
موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )
- إن الحملة الإعلانية التي تقوم بها المشفى كانت العامل الاساسي في اختيارها :
موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )
- إن وجود العيادات الخارجية دليل الوعي الصحي في المشفى
موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )
- إن الخدمات الفندقية في المشفى (خدمة الطعام والشراب و الإقامة) كانت ضمن حدود توقعاتك .
موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )
- أنصح الآخرين بالتعامل مع المشفى
موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

المحور الرابع : سياسة التوزيع :

- إن اختيار المشفى يرتبط بتوفر العيادات الخارجية
موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

- إن تصميم البناء الداخلي للمشفى له أثر على قرار اختيار المشفى
موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )
- إن توزيع أقسام المشفى يؤمن وضع مريح للمرضى وزوارهم
موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

- إن قرب المشفى سبب أساسي لاختيارها
موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

المحور الخامس : سياسة التدريب و التحفيز:

- إن الكادر الطبي الموجود في المشفى مناسب مع الحالات المرضية التي يستقبلها
موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )
- العاملين في المشفى يتمتعون بالإندفاع والحماسة لخدمتك
موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )
- إن الإنسجام بين طاقم العاملين له أثر على طبيعة الخدمة المقدمة من قبلهم
موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )
- الخدمة المقدمة من قبل العاملين في المشفى تتلاءم مع سمعة المشفى
موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

المحور السادس : سياسة الدليل المادي للمشفى :

- إن اللوحات الإرشادية الموجودة في المشفى كافية
موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )
- إن المعلومات الموجودة في اللوحات الإرشادية مضاءة وواضحة بشكل جيد
موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )
- إن تصميم البناء الخارجي له أثر على قرار اختيار المشفى
موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )
- يوجد موقف للسيارات كافي لعملاء المشفى
موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

المحور السابع : سياسة عملية تقديم الخدمة :

- إن سرعة استجابة المشفى للحالات الطارئة عام أساسي في اختيار المشفى .
موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )
- يتم تقديم الخدمة الصحية في المشفى بتناغم و انسجام بين الكادر الطبي و التمريضي و بشكل مرضي .
موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )
- تتعامل المشفى مع الشكاوي بسرعة مع توفر إجراءات واضحة لها
موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )
- معاملة عاملين الاستقبال تؤثر على تقييمك لاداء المشفى
موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )
- يوجد تعاون بين موظفي الاستقبال و العاملين الأخرين لتقديم المساعدة لك
موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )
- أشعر بالرضى عن أداء موظفي المشفى

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

ثالثاً: ***يرجى الاجابة على النقاط التالية بوضع إشارة(X) أمام الاجابة التي تراها مناسبة :***

المجموعة الثالثة : مقياس رضا العملاء

1) تقدم المستشفى خدماتها بمستوى جودة مناسبة ومرضية

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

2) إن التناسب مابين جودة الخدمة المقدمة وسعرها يؤثر في اختيار المستشفى وبرضاك

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

3) إن الإعلان و وسائل الترويج ساهمت في اختيارك للمستشفى وكنت راضياً عنها

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

4) قرب المستشفى كان سبب في اختيارك لها ورضاك عنها

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

5) الانسجام بين طاقم العاملين في المستشفى أثر إيجاباً في الخدمة وأدى إلى رضاك

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

6) مبنى المستشفى و تصميمه الخارجي كان سبب في اختيارك للمستشفى وفي رضاك عنها

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

7) إن طريقة تعامل واستجابة الكادر الطبي والإداري تساهم في الاستمرار في اختيارك للمستشفى وفي زيادة رضاك

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

الملحق (2)

جامعة دمشق

كلية الاقتصاد

قسم إدارة الأعمال

استمارة بحث ميدإني

رقم (2)

استخدام السياسات التسويقية في زيادة رضى عملاء المنظمات الخدمية

(دراسة تطبيقية على المشافي الخاصة في دمشق و ديرالزور)

السيد / المحترم----------------:

السلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته ، وبعد :

إنطلاقاً من ضرورة ربط البحث العلمي بمتطلبات التنمية الاقتصادية و الاحتماعية ، وتحسين الخدمات الطبية الوقائية و العلاجية المقدمة في بلدنا ، قمنا بإعداد هذا البحث و ذلك للحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال في جامعة دمشق .

نرجو الإجابة على الأسئلة الواردة في هذا الاستبيإن بكل صدق و موضوعية ، علماً بأن الإجابة سوف تكون هامة جداً للوصول إلى نتائج موضوعية تخدم البحث العلمي و ذات قيمة علمية ، وإن البيإنات الواردة في هذا الاستبيإن سوف تعامل بسرية كاملة ، و تستخدم لأغراض البحث العلمي فقط .

مع جزيل الشكر و التقدير

الباحث

خالد وليد الهايس

الدكتور

محمد خالد الجاسم

أولاً : بيانات عامة :

ملاحظة : يرجى الإجابة على الأسئلة الآتية بوضع علامة **(x)** في الحقل الذي تراه مناسب .

1- **الجنس:** ذكر ( ) إنثى ( )

2- **الوظيفة** :

طبيب ( ) ممرض ( ) إداري ( ) مساعد طبيب ( ) فني ( )

3- **الخبرة في العمل:**

أقل من 5 سنوات ( ) أقل من 10 سنوات ( )

أقل من 15 سنة ( ) أقل من 20 سنة ( )

أكثر من 20 سنة ( )

4- **الحالة التعليمية:**

إعدادية ( ) ثانوية ( ) معهد ( ) جامعي ( ) دراسات عليا ( )

5- **مدة العمل** :

أقل من 4 ساعات باليوم ( ) أقل من 6 ساعات باليوم ( )

أقل من 8 ساعات باليوم ( ) أقل من 12 ساعة باليوم ( )

أكثر من 12 ساعة باليوم ( )

ثانياً : يرجى الاجابة على النقاط التالية بوضع إشارة أمام الاجابة التي تراها مناسبة :

المحور الأول : سياسة تطوير جودة الخدمة الصحية :

- أنت عنصر يساهم بتطوير الجودة :

موافق جداً ( )   موافق ( )   حيادي ( )   غير موافق ( )   غير موافق أبداً ( )

- هناك معايير أداء محددة ومعروضة لدى كل الكادر الطبي بشكل واضح :

موافق جداً ( )   موافق ( )   حيادي ( )   غير موافق ( )   غير موافق أبداً ( )

- جودة الخدمة التمريضية عامل جذب للمرضى و ذويهم :

موافق جداً ( )   موافق ( )   حيادي ( )   غير موافق ( )   غير موافق أبداً ( )

- يتم استبدال الأجهزة الطبية بشكل دوري و مستمر تماشياً مع التقدم و التطور التكنولوجي :

موافق جداً ( )   موافق ( )   حيادي ( )   غير موافق ( )   غير موافق أبداً ( )

- استخدام الأجهزة المتطورة تشعرك بالرضا عن مستوى الخدمة المقدمة بالمشفى :

موافق جداً ( )   موافق ( )   حيادي ( )   غير موافق ( )   غير موافق أبداً ( )

المحور الثاني : سياسة التسعير :

- سياسة الاجور المحددة من قبل المشفى متناسبة مع الجهد الذي تبذله و أسعار الخدمة المقدمة:

موافق جداً ( )   موافق ( )   حيادي ( )   غير موافق ( )   غير موافق أبداً ( )

- سياسة التسعير بالمشفى هدفها الربح بشكل أساسي :

موافق جداً ( )   موافق ( )   حيادي ( )   غير موافق ( )   غير موافق أبداً ( )

- تؤثر الأسعار في اختيار ا لمريض المشفى:

موافق جداً ( )   موافق ( )   حيادي ( )   غير موافق ( )   غير موافق أبداً ( )

- تؤثر الحسومات في اختيار المريض المشفى:

موافق جداً ( )   موافق ( )   حيادي ( )   غير موافق ( )   غير موافق أبداً ( )

- إن تقديم المشفى لخدمات طبية جديدة و متطورة يبرر ارتفاع سعرها :

موافق جداً ( )   موافق ( )   حيادي ( )   غير موافق ( )   غير موافق أبداً ( )

المحور الثالث : سياسة الاعلان والترويج :

- اسم المشفى عامل هام في قرارك بالعمل فيها :

موافق جداً ( )   موافق ( )   حيادي ( )   غير موافق ( )   غير موافق أبداً ( )

- إن الجهود الإعلانية للمشفى كافية :

موافق جداً ( )   موافق ( )   حيادي ( )   غير موافق ( )   غير موافق أبداً ( )

- إن المعاملة الجيدة مع المريض تعتبر وسيلة ترويجية جيدة :

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

- إن وضع برنامج الاعلاني يتم مع مراعاة المادة الاعلانية (الخدمة الصحية) :

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

- استخدام الوسائل الاعلانية (صحف ، مجلات ، تلفزة ، لوحات اعلانية) عامل جذب للمرضى :

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

المحور الرابع : سياسة التوزيع :

- إن مدى قرب المشفى من مكان إقامتك عامل هام في اختيارك للعمل في هذه المشفى:

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

- إن الأقسام بالمشفى وزعت بشكل مناسب يسهل اداء العمل:

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

- إن تعدد الطوابق في المشفى يعيق عملك :

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

- أقسام المشفى منظمة لتساعد في عملية أداء الخدمة :

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

- إن وجود قسم في المشفى للأمراض الموسمية أمر هام و يؤثر على أداء المشفى :

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

- إن العيادات الخارجية تلبي الخدمة المطلوبة منها :

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

المحور الخامس : سياسة التدريب و التحفيز:

- إن تدريبك يترك أثر كبير على طريقة تقديم الخدمة :

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

- الإدارة تنظم دورات تدريبية بشكل كافي:

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

- إن المكافأت المعنوية اوالمادية تقدم بشكل مدروس :

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

- انسجام الممرضين أثناء عملية أداء الخدمة عامل يؤثر على جودتها :

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

- إن مؤهلاتك العلمية و خبراتك العملية كان لها دور الأكبر في تعيينك في المشفى :

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

المحور السادس : سياسة الدليل المادي للمشفى :

- إن استخدام ((شعار المشفى)) في الزي والتصميم الداخلي والخارجي للمشفى يساهم برفع الروح المعنوية و الرضى لدى المرضى و العاملين:

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

- إن التصميم الخارجي و الداخلي للمبنى يؤثر على جذب المرضى و اختيارهم للمشفى :

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

- هل تجد انه تم اختيار الموقع المبنى بشكل مناسب :

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

- تم مراعاة اختيار الألوان المناسبة التي تحقق الراحة النفسية للمرضى :

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

- هل تم توزيع غرف المرضى بشكل مناسب :

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

المحور السابع : سياسة عملية تقديم الخدمة :

- إن توزيع المناوبات بين الممرضين يتم بشكل عادل:

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

- تنصح المريض وفق قواعد محددة من قبل المشفى و تتعامل معه وفق خطة موضوعة :

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

- تقوم الإدارة بالتحقق من أي شكوى يقدمها المريض وتتخذ اجراءات تصحيحية :

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

- إن سرعة استجابتك للحالات الطارئة أمر يؤثر على تقييم المريض للخدمة المقدمة له :

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

- هل ترى أن عملية أداء الخدمة بسرعة جيدة لا تؤثر على جودتها :

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

- الكادر الطبي يعمل وفق خطة محددة و واضحة له :

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

ثالثاً: *يرجى الاجابة على النقاط التالية بوضع إشارة(X) أمام الاجابة التي تراها مناسبة :*

المجموعة الثالثة : مقياس رضا العملاء

1) تقدم المستشفى خدماتها بمستوى جودة مناسبة ومرضية

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

2) إن التناسب مابين جودة الخدمة المقدمة وسعرها يؤثر في اختيار المستفيد للمشفى وبرضاه

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

3) إن الإعلان و وسائل الترويج ساهمت في اختيار المستفيد للمستشفى وكان راضياً عنها

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

4) قرب المستشفى كان سبب في اختيارالمستفيد لها ورضاه عنها

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

5) الانسجام بين طاقم العاملين في المستشفى أثر إيجاباً في الخدمة وأدى إلى رضا المستفيد

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

6) مبنى المستشفى و تصميمه الخارجي كان سبب في اختيار المستفيد للمستشفى وفي رضاه عنها

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

7) إن طريقة تعامل واستجابة الكادر الطبي والإداري تساهم في الاستمرار في اختيار المستفيد للمستشفى وفي زيادة رضاه

موافق جداً ( ) موافق ( ) حيادي ( ) غير موافق ( ) غير موافق أبداً ( )

ملحق (3)

قائمة باسماء المحكمين لأداة القياس

الرقم	اسم المحكم	المرتبة العلمية	القسم	مكان العمل
1	ياسين خليفة	استاذ	احصاء	جامعة حلب
2	حسن حزوري	أستاذ	اقتصاد	جامعة حلب
3	خضر أورفلي	أستاذ	إدارة أعمال	جامعة حلب
4	رعد الصرن	أستاذ مساعد	إدارة أعمال	جامعة دمشق
5	جمال سلمان	أستاذ	إدارة أعمال	جامعة دمشق
6	علي الخضر	أستاذ	إدارة أعمال	جامعة دمشق
7	محمد الناصر	أستاذ	إدارة أعمال	جامعة دمشق
8	تيسير زاهر	أستاذ مساعد	إدارة أعمال	جامعة دمشق

ملخق (4)

قائمة المقابلات

المركز الوظيفي	مكان العمل	هدف المقابلة	عدد المرات	تاريخ
نقيب أطباء ديرالزور	نقابة أطباء ديرالزور	واقع المشافي الخاصة واستخدام سياسات التسويقي	1	2010/10/15
مدير صحة ديرالزور	مديرية صحة ديرالزور	واقع المشافي الخاصة واستخدام سياسات التسويقي	1	2010/10/20
مدير مشفى الساعي	مشفى الساعي	الاستبانة واقع المشفى واستخدام السياسيات التسويقية	2	2010/8/26 2010/12/13
مدير مشفى السلام	مشفى السلام	الاستبانة واقع المشفى واستخدام السياسيات التسويقية	1	2010/12/6
مدير مشفى العبود	مشفى العبود	الاستبانة واقع المشفى واستخدام السياسيات التسويقية	1	2010/11/7
مدير مشفى العباسين	مشفى العباسين	الاستبانة واقع المشفى واستخدام السياسيات التسويقية	1	2010/12/4
مدير مشفى أمية	مشفى أمية	الاستبانة واقع المشفى واستخدام السياسيات التسويقية	1	2010/12/2
معاون وزير الصحة	وزارة الصحة	الاستبانة واقع المشفى واستخدام السياسيات التسويقية	1	2010/12/17

الملحق (5)

نتائج التحليل الاحصائي

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Y1	271	1.00	5.00	3.2620	1.26549
Y2	271	1.00	5.00	3.5055	1.30489
Y3	271	1.00	5.00	3.2731	1.11188
Y4	271	1.00	5.00	3.6900	1.15784
Y5	271	1.00	5.00	2.8081	1.08870
Y6	271	1.00	5.00	3.2952	1.02268
Valid N (listwise)	271				

Frequency Table

Y1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	33	12.2	12.2	12.2
	2.00	42	15.5	15.5	27.7
	3.00	66	24.4	24.4	52.0
	4.00	81	29.9	29.9	81.9
	5.00	49	18.1	18.1	100.0
	Total	271	100.0	100.0	

Y2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	23	8.5	8.5	8.5
	2.00	43	15.9	15.9	24.4
	3.00	63	23.2	23.2	47.6
	4.00	58	21.4	21.4	69.0
	5.00	84	31.0	31.0	100.0
	Total	271	100.0	100.0	

Y3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	14	5.2	5.2	5.2
	2.00	51	18.8	18.8	24.0
	3.00	100	36.9	36.9	60.9
	4.00	59	21.8	21.8	82.7
	5.00	47	17.3	17.3	100.0
	Total	271	100.0	100.0	

Y4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	11	4.1	4.1	4.1
	2.00	37	13.7	13.7	17.7
	3.00	59	21.8	21.8	39.5
	4.00	82	30.3	30.3	69.7
	5.00	82	30.3	30.3	100.0
	Total	271	100.0	100.0	

Y5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	31	11.4	11.4	11.4
	2.00	77	28.4	28.4	39.9
	3.00	97	35.8	35.8	75.6
	4.00	45	16.6	16.6	92.3
	5.00	21	7.7	7.7	100.0
	Total	271	100.0	100.0	

Y6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	13	4.8	4.8	4.8
	2.00	46	17.0	17.0	21.8
	3.00	88	32.5	32.5	54.2
	4.00	96	35.4	35.4	89.7
	5.00	28	10.3	10.3	100.0
	Total	271	100.0	100.0	

Reliability
Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	271	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	271	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.821	5

Reliability
Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	271	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	271	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.832	5

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	271	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	271	100.0

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	271	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	271	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.817	5

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	271	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	271	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.791	4

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	271	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	271	100.0

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	271	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	271	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.834	4

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	271	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	271	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.840	4

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	271	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	271	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.821	6

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	271	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	271	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.801	6

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	271	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	271	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.861	39

Regression

Variables Entered/Removed[b]

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	X1[a]		Enter

a. All requested variables entered.
b. Dependent Variable: Y

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.802[a]	.643	.642	.53613

a. Predictors: (Constant), X1

ANOVA[b]

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	139.278	1	139.278	484.558	.000[a]
	Residual	77.320	269	.287		
	Total	216.598	270			

a. Predictors: (Constant), X1

b. Dependent Variable: Y

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	.882	.115		7.682	.000
	X1	.738	.034	.802	22.013	.000

a. Dependent Variable: Y

Variables Entered/Removed[b]

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	X2[a]	.	Enter

a. All requested variables entered.
b. Dependent Variable: Y

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.754[a]	.568	.567	.58948

a. Predictors: (Constant), X2

ANOVA[b]

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	123.126	1	123.126	354.338	.000[a]
	Residual	93.472	269	.347		
	Total	216.598	270			

a. Predictors: (Constant), X2

b. Dependent Variable: Y

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1.223	.116		10.514	.000
	X2	.630	.033	.754	18.824	.000

a. Dependent Variable: Y

Variables Entered/Removed[b]

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	X3[a]	.	Enter

a. All requested variables entered.
b. Dependent Variable: Y

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.738[a]	.544	.542	.60599

a. Predictors: (Constant), X3

ANOVA[b]

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	117.814	1	117.814	320.822	.000[a]
	Residual	98.784	269	.367		
	Total	216.598	270			

a. Predictors: (Constant), X3

ANOVA[b]

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	117.814	1	117.814	320.822	.000[a]
	Residual	98.784	269	.367		
	Total	216.598	270			

a. Predictors: (Constant), X3

b. Dependent Variable: Y

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1.076	.130		8.294	.000
	X3	.647	.036	.738	17.912	.000

a. Dependent Variable: Y

Variables Entered/Removed[b]

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	X4[a]	.	Enter

a. All requested variables entered.
b. Dependent Variable: Y

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.770[a]	.592	.591	.57304

a. Predictors: (Constant), X4

ANOVA[b]

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	128.266	1	128.266	390.616	.000[a]
	Residual	88.332	269	.328		
	Total	216.598	270			

a. Predictors: (Constant), X4

b. Dependent Variable: Y

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	.911	.126		7.228	.000
	X4	.663	.034	.770	19.764	.000

a. Dependent Variable: Y

Variables Entered/Removed[b]

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	X5[a]	.	Enter

a. All requested variables entered.
b. Dependent Variable: Y

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.765[a]	.586	.584	.57759

a. Predictors: (Constant), X5

ANOVA[b]

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	126.856	1	126.856	380.248	.000[a]
	Residual	89.742	269	.334		
	Total	216.598	270			

a. Predictors: (Constant), X5

b. Dependent Variable: Y

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	.987	.124		7.957	.000
	X5	.658	.034	.765	19.500	.000

a. Dependent Variable: Y

Variables Entered/Removed[b]

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	X6[a]	.	Enter

a. All requested variables entered.
b. Dependent Variable: Y

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.766[a]	.587	.586	.57646

a. Predictors: (Constant), X6

ANOVA[b]

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	127.206	1	127.206	382.793	.000[a]
	Residual	89.392	269	.332		
	Total	216.598	270			

a. Predictors: (Constant), X6

b. Dependent Variable: Y

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1.234	.112		11.071	.000
	X6	.614	.031	.766	19.565	.000

a. Dependent Variable: Y

Variables Entered/Removed[b]

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	X7[a]	.	Enter

a. All requested variables entered.
b. Dependent Variable: Y

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.800[a]	.641	.639	.53791

a. Predictors: (Constant), X7

ANOVA[b]

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	138.764	1	138.764	479.577	.000[a]
	Residual	77.834	269	.289		
	Total	216.598	270			

a. Predictors: (Constant), X7
b. Dependent Variable: Y

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1.231	.100		12.285	.000
	X7	.619	.028	.800	21.899	.000

a. Dependent Variable: Y

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
X1	Between Groups	1.219	1	1.219	1.288	.258
	Within Groups	254.629	269	.947		
	Total	255.848	270			
X2	Between Groups	1.778	1	1.778	1.552	.214
	Within Groups	308.048	269	1.145		
	Total	309.826	270			
X3	Between Groups	2.026	1	2.026	1.949	.164
	Within Groups	279.588	269	1.039		
	Total	281.614	270			
X4	Between Groups	2.042	1	2.042	1.895	.170
	Within Groups	289.900	269	1.078		
	Total	291.942	270			
X5	Between Groups	1.988	1	1.988	1.840	.176
	Within Groups	290.629	269	1.080		
	Total	292.617	270			
X6	Between Groups	2.145	1	2.145	1.722	.190
	Within Groups	334.962	269	1.245		
	Total	337.107	270			
X7	Between Groups	1.957	1	1.957	1.460	.228
	Within Groups	360.473	269	1.340		
	Total	362.430	270			
Y	Between Groups	.251	1	.251	.313	.576
	Within Groups	216.347	269	.804		
	Total	216.598	270			

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Y1	564	1.00	5.00	2.7766	1.11652
Y2	564	1.00	5.00	2.6188	1.27487
Y3	564	1.00	5.00	3.1915	1.12876
Y4	564	1.00	5.00	3.7252	1.12961
Y5	564	1.00	5.00	3.6348	1.09314
Y6	564	1.00	5.00	2.6578	1.24378
Valid N (listwise)	564				

Frequency Table

Y1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	72	12.8	12.8	12.8
	2.00	161	28.5	28.5	41.3
	3.00	203	36.0	36.0	77.3
	4.00	77	13.7	13.7	91.0
	5.00	51	9.0	9.0	100.0
	Total	564	100.0	100.0	

Y2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	120	21.3	21.3	21.3
	2.00	188	33.3	33.3	54.6
	3.00	101	17.9	17.9	72.5
	4.00	97	17.2	17.2	89.7
	5.00	58	10.3	10.3	100.0
	Total	564	100.0	100.0	

Y3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	51	9.0	9.0	9.0
	2.00	86	15.2	15.2	24.3
	3.00	207	36.7	36.7	61.0
	4.00	144	25.5	25.5	86.5
	5.00	76	13.5	13.5	100.0
	Total	564	100.0	100.0	

Y4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	27	4.8	4.8	4.8
	2.00	65	11.5	11.5	16.3
	3.00	101	17.9	17.9	34.2
	4.00	214	37.9	37.9	72.2
	5.00	157	27.8	27.8	100.0

Y3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	51	9.0	9.0	9.0
	2.00	86	15.2	15.2	24.3
	3.00	207	36.7	36.7	61.0
	4.00	144	25.5	25.5	86.5
	5.00	76	13.5	13.5	100.0
	Total	564	100.0	100.0	

Y5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	37	6.6	6.6	6.6
	2.00	52	9.2	9.2	15.8
	3.00	99	17.6	17.6	33.3
	4.00	268	47.5	47.5	80.9
	5.00	108	19.1	19.1	100.0
	Total	564	100.0	100.0	

Y6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	105	18.6	18.6	18.6
	2.00	190	33.7	33.7	52.3
	3.00	122	21.6	21.6	73.9
	4.00	87	15.4	15.4	89.4
	5.00	60	10.6	10.6	100.0
	Total	564	100.0	100.0	

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	564	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	564	100.0

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	564	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	564	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.796	5

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	564	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	564	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.822	5

Reliabilit

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	564	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	564	100.0

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	564	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	564	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.798	5

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	564	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	564	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.841	6

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	564	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	564	100.0

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	564	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	564	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.853	5

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	564	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	564	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.801	5

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	564	100.0

	Excluded[a]	0	.0
	Total	564	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.830	6

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	564	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	564	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.826	6

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	564	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	564	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.886	43

Regression

Variables Entered/Removed[b]

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	X1[a]	.	Enter

a. All requested variables entered.
b. Dependent Variable: Y

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.635[a]	.403	401	.45100

a. Predictors: (Constant), X1

ANOVA[b]

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	37.740	1	37.740	185.539	.000[a]
	Residual	55.936	275	.203		
	Total	93.676	276			

a. Predictors: (Constant), X1

b. Dependent Variable: Y

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-1.558	.407		-3.830	.000
	X1	1.221	.090	.635	13.621	.000

a. Dependent Variable: Y

Variables Entered/Removed[b]

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	X2[a]	.	Enter

a. All requested variables entered.
b. Dependent Variable: Y

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.718[a]	.516	.514	.40615

a. Predictors: (Constant), X2

ANOVA[b]

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	48.313	1	48.313	292.888	.000[a]
	Residual	45.363	275	.165		
	Total	93.676	276			

a. Predictors: (Constant), X2

b. Dependent Variable: Y

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-.544	.265		-2.054	.041
	X2	1.007	.059	.718	17.114	.000

a. Dependent Variable: Y

Variables Entered/Removed[b]

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	X3[a]	.	Enter

a. All requested variables entered.
b. Dependent Variable: Y

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.608[a]	.370	.367	.46342

a. Predictors: (Constant), X3

ANOVA[b]

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	34.617	1	34.617	161.190	.000[a]
	Residual	59.059	275	.215		
	Total	93.676	276			

a. Predictors: (Constant), X3

b. Dependent Variable: Y

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	.010	.313		.032	.975
	X3	.909	.072	.608	12.696	.000

a. Dependent Variable: Y

Variables Entered/Removed[b]

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	X4[a]	.	Enter

a. All requested variables entered.
b. Dependent Variable: Y

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.674[a]	.455	.453	.43103

a. Predictors: (Constant), X4

ANOVA[b]

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	42.586	1	42.586	229.222	.000[a]
	Residual	51.090	275	.186		
	Total	93.676	276			

a. Predictors: (Constant), X4
b. Dependent Variable: Y

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1.330	.176		7.547	.000
	X4	.638	.042	.674	15.140	.000

a. Dependent Variable: Y

Variables Entered/Removed[b]

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	X5[a]	.	Enter

a. All requested variables entered.
b. Dependent Variable: Y

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.721[a]	.520	.518	.40431

a. Predictors: (Constant), X5

ANOVA[b]

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	48.722	1	48.722	298.050	.000[a]
	Residual	44.954	275	.163		
	Total	93.676	276			

a. Predictors: (Constant), X5

b. Dependent Variable: Y

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	.698	.191		3.654	.000
	X5	.760	.044	.721	17.264	.000

a. Dependent Variable: Y

Variables Entered/Removed[b]

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	X6[a]	.	Enter

a. All requested variables entered.
b. Dependent Variable: Y

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.724[a]	.524	.523	.40249

a. Predictors: (Constant), X6

ANOVA[b]

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	49.126	1	49.126	303.254	.000[a]
	Residual	44.549	275	.162		
	Total	93.676	276			

a. Predictors: (Constant), X6

b. Dependent Variable: Y

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	.924	.177		5.236	.000
	X6	.714	.041	.724	17.414	.000

a. Dependent Variable: Y

Variables Entered/Removed[b]

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	X7[a]	.	Enter

a. All requested variables entered.
b. Dependent Variable: Y

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.688[a]	.473	.471	.42377

a. Predictors: (Constant), X7

ANOVA[b]

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	44.292	1	44.292	246.645	.000[a]
	Residual	49.384	275	.180		
	Total	93.676	276			

a. Predictors: (Constant), X7

b. Dependent Variable: Y

oefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1.386	.167		8.324	.000
	X7	.633	.040	.688	15.705	.000

a. Dependent Variable: Y

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
X1	Between Groups	.157	1	.157	.263	.608
	Within Groups	334.399	562	.595		
	Total	334.556	563			
X2	Between Groups	.264	1	.264	.197	.658
	Within Groups	754.442	562	1.342		
	Total	754.705	563			
X3	Between Groups	.192	1	.192	.198	.657
	Within Groups	544.356	562	.969		
	Total	544.548	563			
X4	Between Groups	.314	1	.314	.223	.637
	Within Groups	791.131	562	1.408		
	Total	791.445	563			
X5	Between Groups	.290	1	.290	.267	.606
	Within Groups	611.671	562	1.088		
	Total	611.961	563			
X6	Between Groups	.264	1	.264	.213	.644
	Within Groups	695.375	562	1.237		
	Total	695.639	563			
X7	Between Groups	.293	1	.293	.234	.629
	Within Groups	704.184	562	1.253		
	Total	704.477	563			
Y	Between Groups	.007	1	.007	.019	.889
	Within Groups	93.669	275	.341		
	Total	93.676	276			

Abstract

This study has aimed to explore the relationship between the marketing polices and customer satisfaction , as well as explore the real possibility for the application of these policies on private hospitals in each of the province of Damascus and Deir Ezzor in particular and the rest of the private hospitals in the Syrian Arab Republic in general.

In order to achieve the objectives of the study and testing of hypotheses, has been developed a special questionnaire to collect data from a sample of the study that the number of members (600), submitted by the Service and (300) beneficiaries of the service, Distributors (10) Hospitals in Damascus, and (5) hospitals in Deir Ezzor, as well as private clinics, the number of questionnaires have been subject to analysis (564) questionnaire. Representing (94%) of the total service providers, and (271) questionnaire, representing (90.3%) of the total questionnaire was the beneficiary of the health service.

Using the standards statistical tests in the statistical system (SPSS) study found a number of important results as follows:

1) The policy of improving the quality of the health service directly impact significantly increase user satisfaction of the health service.

2) The pricing policy is directly impacting significantly increase user satisfaction of the health service

3) The policy of advertising and promotion directly affect significantly increase user satisfaction of the health service.

4) The distribution policy is directly impacting significantly increase user satisfaction of the health service.

5) The policy of training and motivation directly affect significantly increase user satisfaction of the health service.

6) The policy of the physical evidence directly affect significantly increase user satisfaction of the health service.
7) The policy process of health service delivery directly affect significantly increase user satisfaction of the health service.
In conclusion, the study found a set of recommendations that have been drawn in the light of the findings of the study
Key words: marketing policies, the policy of improving the quality of the health service, pricing policy, advertising and promotion policy, distribution policy. Policy, training and motivation. Policy of physical evidence, the policy process of service provision, beneficiary satisfaction of the health service.

Damascus University
Faculty of Economics
Business Administration

Using marketing policies in creasing satisfaction of service organization customers .

"Application studying on private hospitals in Damascus and Deir Ezzor"

Submitted for Master Degree in Business Administration

Submitted by
Khaled Walied Al-Hayees

Supervised by
Dr.Mohamed Khaled Al-Jasem
Associate professor
Department of Business Administration
Faculty of Economics Damascus University

2011